

# Cour d'Appel

Montréal

En appel de deux jugements rendus le 26 juillet 1991, par  
l'honorable juge en chef de la Cour d'Appel de Montréal, le  
distributeur [REDACTED]

Nos: [REDACTED]

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA  
APPELANT-Intimé

c.

RJR-MacDONALD INC.  
INTIMÉE-Requérante

-et-

[REDACTED]

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA  
APPELANT-Intimé

c.

IMPERIAL TOBACCO LTD  
INTIMÉE-Requérante

-et-

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC  
MIS EN CAUSE-Mis en cause

DOSSIER CONJOINT  
Volume XXXIV: pages 6436 à 6606  
(Dépositions)

4, rue Notre-Dame Est  
Bureau 100  
Montréal, Qc H2Y 1B7

**Chemis Multifactum**

Téléphone: (514) 866-3565  
Télécopieur: (514) 866-4861

# Cour d'Appel

Montréal

**BAKER, NUDLEMAN & LAMONTAGNE**

**(Me Roger E. Baker, c.r.)**

**Procureurs de l'Appelant**

1155, boul. René-Lévesque ouest

Bureau 2720

Montréal (Québec)

H3B 2K8

Tél.: (514) 866-6674

**Me JAMES MABBUTT, c.r.**

**Procureur de l'Appelant**

Tour Est

140, rue O'Connor

17e étage

Ottawa (Ontario)

K1A 0G5

Tél.: (613) 996-4425

**PAUL EVRAIRE, Esq.**

**Procureur de l'Appelant**

2, First Canadian Place

Bureau 3400

Exchange Tower, Box 36

Toronto (Ontario)

M5X 1K6

Tél.: (416) 973-0927

**Me CLAUDE JOYAL**

**Procureur de l'Appelant**

Ministère de la Justice

du Canada

Complexe Guy-Favreau

200, boul. René-Lévesque ouest

Tour est, 9e étage

Montréal (Québec)

H2Z 1X4

Tél.: (514) 283-4040

**McMASTER, MEIGHEN**

**(Me Colin K. Irving)**

**Procureurs de l'intimée**

**RJR-MacDonald Inc.**

630, boul. René-Lévesque ouest

Bureau 700

Montréal (Québec)

H3B 4H7

Tél.: (514) 954-3147

**LERNER & ASSOCIÉS**

**(Me Earl A. Cherniak, c.r.)**

**Procureurs de l'intimée**

**RJR-MacDonald Inc.**

Scotia Plaza

40, rue King ouest

19e étage, Box 210

Toronto (Ontario)

M5H 3Y2

Tél.: (416) 867-3076

4, rue Notre Dame Est  
Bureau 100  
Montréal, Qc H2Y 1B7

**Themis Multifactum**

Téléphone: (514) 866-3565  
Télécopieur: (514) 866-4861

# Cour d'Appel

Montréal

## MacKENZIE, GERVAIS

(Me Georges R. Thibaut)

*Procureurs de l'intimée*

*RJR-MacDonald Inc.*

770, rue Sherbrooke ouest

Bureau 1300

Montréal (Québec)

H3A 1G1

Tél.: (514) 842-9831

## OGILVY RENAULT

(Me Simon V. Potter)

(Me Pierre Bienville)

*Procureurs de l'intimée*

*Imperial Tobacco Ltd*

1981, avenue McGill College

Bureau 1100

Montréal (Québec)

H3A 3C1

Tél.: (514) 847-4747

## OSLER, HOSKIN & HARCOURT

(Lyndon A.J. Barnes, Esq.)

*Procureurs de l'intimée*

*Imperial Tobacco Ltd*

1, First Canadian Place

Box 50

Toronto (Ontario)

M5X 1B8

Tél.: (416) 362-2111

## BERNARD, ROY & ASSOCIÉS

(Me Jean-Yves Bernard)

*Procureurs du Mis en cause*

Palais de Justice

1, rue Notre-Dame est

Bureau 8.00

Montréal (Québec)

H2Y 1B6

Tél.: (514) 393-2336

4, Notre-Dame Street East  
Suite 100  
Montreal, Qc H2Y 1B7

**Chemis Multifactum INC.**

Phone: (514) 866-3565  
Fax: (514) 866-4861

# Cour d'Appel

Montréal

En appel de deux jugements rendus le 26 juillet 1991, par  
l'honorable juge en chef de la Cour d'Appel de Montréal, [REDACTED],  
distribué [REDACTED]

Nos: [REDACTED]

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA  
**APPELANT-Intimé**

c.

RJR-MacDONALD INC.  
**INTIMÉE-Requérante**

-et-

[REDACTED]

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA  
**APPELANT-Intimé**

c.

IMPERIAL TOBACCO LTD  
**INTIMÉE-Requérante**

-et-

LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC  
**MIS EN CAUSE-Mis en cause**

D O S S I E R                      C O N J O I N T  
**Volume XXXIV: pages 6436 à 6606**  
**(Dépositions)**

4, rue Notre-Dame Est  
Bureau 100  
Montréal, Qc H2Y 1B7

**Themis Multifactum INC.**

Téléphone: (514) 866-3565  
Télécopieur: (514) 866-4861

# Cour d'Appel

Montréal

**BAKER, NUDLEMAN & LAMONTAGNE**

***(Me Roger E. Baker, c.r.)***

***Procureurs de l'Appelant***

1155, boul. René-Lévesque ouest

Bureau 2720

Montréal (Québec)

H3B 2K8

Tél.: (514) 866-6674

**Me JAMES MABBUTT, c.r.**

***Procureur de l'Appelant***

Tour Est

140, rue O'Connor

17e étage

Ottawa (Ontario)

K1A 0G5

Tél.: (613) 996-4425

**PAUL EVRAIRE, Esq.**

***Procureur de l'Appelant***

2, First Canadian Place

Bureau 3400

Exchange Tower, Box 36

Toronto (Ontario)

M5X 1K6

Tél.: (416) 973-0927

**Me CLAUDE JOYAL**

***Procureur de l'Appelant***

Ministère de la Justice

du Canada

Complexe Guy-Favreau

200, boul. René-Lévesque ouest

Tour est, 9e étage

Montréal (Québec)

H2Z 1X4

Tél.: (514) 283-4040

**McMASTER, MEIGHEN**

***(Me Colin K. Irving)***

***Procureurs de l'intimée***

***RJR-MacDonald Inc.***

630, boul. René-Lévesque ouest

Bureau 700

Montréal (Québec)

H3B 4H7

Tél.: (514) 954-3147

**LERNER & ASSOCIÉS**

***(Me Earl A. Cherniak, c.r.)***

***Procureurs de l'intimée***

***RJR-MacDonald Inc.***

Scotia Plaza

40, rue King ouest

19e étage, Box 210

Toronto (Ontario)

M5H 3Y2

Tél.: (416) 867-3076

4, rue Notre-Dame Est  
Bureau 100  
Montréal, Qc H2Y 1B7

**Themis Multifactum INC.**

Téléphone (514) 866-3565

Télécopieur (514) 866-4861

## Montréal

<http://legallibrary.ucsf.edu/tid/vxq07a00/pdf> <https://www.hhs.gov/ohrt/docs/xnhl0001>

# TABLE DES MATIÈRES

	<u>Vol.</u>	<u>Page</u>
<u>Le 28 février 1990</u>		
<u>PREUVE DE L'INTIMÉ À L'ENQUÊTE (SUITE)</u>		
NEVILLE LEFCOE (Suite)	Contre-int. par	
Vol. 39 - pp. 5977 à 6077	Me Cherniak	XXXIV 6436
GASTON OSTIGUY	En chef par	
Vol. 39 - pp. 6078 à 6104	Me Joyal	XXXIV 6542
	Contre-int. par	
Vol. 39 - pp. 6104 à 6118	Me Pinsonneault	XXXIV 6568
Vol. 39 - p. 6119	Décision (expert)	XXXIV 6583
	En chef par	
Vol. 39 - pp. 6121 à 6136	Me Joyal	XXXIV 6585
Vol. 39 - pp. 6136 à 6141	Par la Cour	XXXIV 6600

\*

\*

\*

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE

SENCE DE L'HONORABLE JUGE [REDACTED] BOT, J.C.S.

**RJR-MACDONALD INC.**  
Requérante

**IMPERIAL TOBACCO LIMITÉE**  
Requérante

c.

**LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU  
CANADA**  
Intimé

c.

**LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU  
CANADA**  
Intimé

28 février 1990 - Vol. 39

COMPARUTIONS :

Pour la requérante  
**RJR-MACDONALD INC.**

M<sup>re</sup> COLIN K. IRVING,  
M<sup>re</sup> GEORGES R. THIBAUDEAU,  
EARL A. CHERNIAK, Q.C.,  
M<sup>re</sup> MICHEL A. PINSONNAULT,  
Avocats

**MACKENZIE GERVAIS**  
Procureurs

Pour la requérante  
**IMPERIAL TOBACCO LIMITÉE**

M<sup>re</sup> SIMON V. POTTER,  
M<sup>re</sup> PIERRE BIENVENU,  
LYNDON A.J. BARNES, ESQ.,  
M<sup>re</sup> GREGORY BORDAN  
Avocats

**OGILVY, RENAULT**  
Procureurs

Pour l'intimé  
**LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA**

M<sup>re</sup> ROGER E. BAKER, Q.C.,  
M<sup>re</sup> CLAUDE JOYAL,  
PAUL EVRAIRE, ESQ.,  
Avocats

**CÔTÉ & OUELLET**  
Procureurs



5973

I N D E X

	<u>PAGES</u>
Proof of Respondent (Contd)	
NEVILLE LEFCOE	
Cross-Examination.....	5977
GASTON OSTIGUY	
Examen.....	6078
Contre-Interrogatoire.....	6104
Examen.....	6121

5974

LIST OF EXHIBITS

		<u>PAGES</u>
RJR-133	Article de Clinics in Chest Medecine vol. 4, number 3, September 1983 "The Epidemiology of Emphysema"	6012
RJR-134	Article, Pederson Linda L.; Lefcoe, Neville M., Multivariate Analysis of Variables Related to Cigarette Smoking among Children in Grades Four to Six	6014
RJR-135	Cross-Sectional Analysis of Variables Related to Cigarette Smoking in Late Adolescence by L.L. Pederson and N.M. Lefcoe	6022
RJR-136	Article by L.L. Pederson and Neville M. Lefcoe, Short and Long- Term Prediction of Self-Reported Cigarette Smoking in a Cohort of Late Adolescents: Report of an 8-year Follow-up in Public School Students	6029
RJR-137	Article by Neville M. Lefcoe and Linda L. Pederson, Attitudes of Patients with Chronic Respiratory Disease toward Smoking Cessation	6031
RJR-138	Editorial, Passive Smoking, Acute Effects in Asthma from Chest editorials, vol.87, number 2, February 1986	6059
AG-160	Curriculum vitae du docteur Gaston Ostiguy	6103
AG-161	Rapport du docteur Gaston Ostiguy, Dommages à la Santé Respiratoire et Décès par Maladies pulmonaires causés par l'usage du tabac	6133





In the year of Our Lord nineteen hundred and ninety (1990),  
on this twenty-eighth (28th) day of the month of February,  
PERSONALLY CAME AND APPEARED:

5 NEVILLE LEFCOE, sixty-four (64) years of age, residing at  
[DELETED]

WHO, after having been duly sworn on the Holy Bible, doth  
10 depose and say as follows:

CROSS-EXAMINATION BY Me EARL A. CHERNIAK, Q.C. (CONTD),  
On behalf of Petitioner RJR-Macdonald Inc.:

Q- Dr. Lefcoe, you are a member of the -- you are a fellow  
15 of the Royal College of Physicians of Canada, I  
understand?

A- I am.

Q- And there, of course, is a Royal College of Physicians  
in -- in Great Britain as well?

20 A- Yes.

Q- And you are familiar with that organization?

A- Yes.

Q- Is there some sort of association between the Royal  
College in Canada and the Royal College in -- in the  
25 United Kingdom?

1/0072

A- Nothing official, but fraternal.

Q- Yes, okay. Are you familiar with the reports of the Royal College of Physicians on health and smoking issues? Would that be something that you would be familiar with from time to time?

5

A- I have not read it. I have heard that they've put out from time to time summary papers of their society, but I don't read them. They don't represent new research. They represent a summary public position, in my understanding.

10

Q- But you've indicated that your particular field of expertise is health and smoking.

A- Indeed.

15

Q- And as I understand it, the Royal College of Physicians of the United Kingdom has put out more than one report on health and smoking.

A- Yes.

Q- And would that not be something that would be of interest to you in your field, being health and smoking, in Canada?

20

A- I feel that it would be a reasonable statement, yes. Something I would ...

Q- But would you ...

A- Chances are I would agree with it or most of it.

25

Q- But you're not -- but you haven't actually ...

A- I haven't actually ...

Q- ... read them yourself?

A- I don't recall reading it, no.

Q- I see. But would you consider the reports by the Royal  
5 College of Physicians of the United Kingdom on health  
and smoking to be worthy of credit in your field?

A- Yes.

Q- All right. I would like to refer you to something  
called "The Follow-up Report on Health -- Health and  
10 Smoking - The Follow-up Report of the Royal College of  
Physicians" in Great Britain, published in nineteen  
eighty-three (1983). Nineteen eighty-three (1983)?  
Yes, nineteen eighty-three (1983). And ...

THE COURT:

15 Hasn't it been put into evidence?

Me CHERNIAK:

Mr. Mitchell tells me it may be.

Me JOYAL:

No, I don't think so.

20 Me BAKER:

No. No, it is not.

Me CHERNIAK:

Q- And what I'd like you to look at, if you would, is --  
there is a passage that we see there on page thirty  
25 (30). Now, I don't have the whole report here -- or if

anybody wants it, we can get the whole report -- but what I'm looking at is the passage on page thirty (30), under the heading ...

A- "Other Causes"?

5 Q- ... "Other Causes of Chronic Obstructive Lung Disease". And the heading of the whole article is "Smoking and Diseases of the Lung". This is a particular chapter of this report and the heading is "Smoking and Diseases of the Lung". So we're in your field, are we, "Smoking and  
10 Diseases of the Lung"?

A- Yes, indeed.

Q- And "Other Causes of Chronic Obstructive Lung Disease"?

A- Yes, indeed.

Q- That's what we've been talking about yesterday?

15 A- Yes, indeed.

Q- Now, I want to read you a passage from this report at page thirty (30) and get your comments on it.

"The 2 observations indicate that some  
extrinsic factors must exist, that alone or in  
20 conjunction with smoking are responsible for  
some of the mortality due to chronic  
obstructive lung disease. The first is that  
there was no dramatic rise in death rates from  
chronic obstructive lung disease that  
25 paralleled the rise in tobacco consumption, as



described earlier for lung cancer mortality.  
Secondly, there are striking differences  
between social classes 1 and 5 in chronic  
obstructive lung disease certification that  
cannot be explained in terms of difference in  
smoking habits alone. Air pollution, which  
has certainly decreased and might be more  
important in working class families, may  
modify the effects of tobacco. Unfortunately,  
no proper studies exist of the separate and  
joint effects of tobacco and air pollution in  
childhood or adult life on chronic obstructive  
lung disease, though air pollution has been  
shown to increase mucus hyper secretion."

-- which, I think, we understood yesterday was chronic  
bronchitis.

"Other factors that may influence  
susceptibility are discussed in Chapter  
5, but while such factors undoubtedly  
exist, it must be emphasized that at  
present only the effects of tobacco are  
reliably known to be of substantial  
importance."

So is that a proposition that you can agree with, what's  
stated?

A- There is no -- I have no overall problem -- I have no overall problem with what is said there.

Q- All right.

5 A- It parallels what we discussed yesterday, in my view, that smoking is the major cause, by a considerable margin, of chronic obstructive lung disease. It only accounts for an average of ninety percent (90%) of cases.

Q- Well ...

10 A- The other ten percent (10%) remain to be explained and there are other factors.

Q- Doctor, it nowhere says in this -- in the passage that I just quoted to you, what you just said.

15 A- No, but I mean, this is along those lines: that there are other cases which remain to be explained.

Q- So my point is, or at least what I want to ask you about, is it a true observation that there must exist other -- some extrinsic factors, alone or in conjunction with smoking, that are responsible for some of the mortality due to chronic obstructive lung disease?

20

A- Yes, that's what we said.

Q- And you agree with that?

A- Yes.

25 Q- And that at least as of nineteen eighty-three (1983), the problem was that the -- that what those other causes

were or are had not been properly studied? They weren't fully known?

A- Correct.

Q- And that's still the case?

5 A- To a certain extent, yes, I would say.

Q- Yes.

A- We have -- there are evidence, there are suspicions and theories as we discussed yesterday, bits of evidence but nothing really fully substantiated from many sources yet that one would accept this.

10 Q- But the point is something -- there's something out there besides the tobacco that is -- that is part of the problem and we don't fully know what it or -- what it is?

15 A- Well, if we're recording this testimony, I would agree with that statement. You're making -- the counsel, Your Lordship, is making these statements. They're not my words. My words would say accounting for a small part of the total cases of chronic bronchitis. If that's acceptable, then I accept this statement.

20 Q- So are you saying that you're not agreeing with the statement in the -- in the ...

A- The statement here, I agree with, yes.

Q- May I tender this as an exhibit?

25

Me BAKER:

My Lord, the witness has said that he has never read this document before. This is a snippet.

THE COURT:

5 I think it's in the evidence already.

Me CHERNIAK:

It's already AG-116 at page thirty (30).

THE COURT:

But my memory serves me well.

10 Me BAKER:

Can't slip anything by you, My Lord.

Me CHERNIAK:

One (1) last reserve for Your Lordship.

Me BAKER:

15 Do you have a hidden computer under that table, My Lord?

THE COURT:

Not always functional but sometimes. C'est déjà en preuve sous AG-116. Il me semblait que je l'avais déjà vu.

20 Me CHERNIAK:

Q- Now, Dr. Lefcoe, am I correct that another one of the suspected risk factors that are suspected as predisposing certain groups of people to loss of -- to diseases which result in the loss of pulmonary function is race -- racial differences?

25

A- There appear to be some racial differences.

Q- Yes, and it has been observed that blacks and Orientals do not suffer the effects of pulmonary disease from cigarette -- from tobacco use in anywhere near the same proportions as -- as the caucasians?

A- I would -- I would only object to the term "anywhere near" -- there are differences.

Q- Well, but they are significant differences?

A- Significant is very different from anywhere near. There are differences which are statistically ...

Q- Well, how about if I suggested to ...

A- ... significant.

Q- How about if I suggested to you that the -- that the associations between smoking and pulmonary function in whites are -- I'm sorry, in blacks and orientals are of very much smaller magnitude than in whites? Would you agree with that statement?

A- Very much smaller than in whites.

Q- I'm putting to you very much smaller magnitude?

A- No, I would -- I would prefer smaller. I'm sure you could find somewhere where someone had said very much smaller. It's a matter of taste in the use of the word.

Q- Well, is there a peer review journal in -- in your field known as the "American Review of Respiratory Disorders"?

A- Absolutely, yes, indeed.

Q- And is that -- is that a publication with which you are familiar?

A- Indeed, I subscribe.

Q- And you subscribe to that. So, would it be fair to say that you probably read that one as ...

A- Probably.

Q- ... over the years?

A- Probably.

THE COURT:

American review of what?

Me CHERNIAK:

Respiratory Disorders, and my ...

A- Respiratory Diseases.

Q- Respiratory Diseases. I'm looking at the abbreviations, My Lord. And were you a subscriber in nineteen seventy-four (1974)?

A- Yes.

Q- And are you familiar with some -- some researchers or writers by the names of -- the lead person being Carl Seltzer?

A- No. May I hear some of the other authors?

Q- Well, let me give you a copy of the -- of the paper. I don't want to deprive Mr. -- Mr. Baker of this one, My Lord. This is a -- a nineteen seventy-four (1974) article by Messrs. Seltzer, Siegelau, Friedman and

Collen and the title of the piece is "Differences in Pulmonary Functions Related to Smoking Habits and Race". Seems to be on -- on top. I guess the first thing, doctor, is are you familiar with it and do you consider it worthy of credit in your field?

5 A- Yes, I remember this controversy, actually.

Q- Well, the -- I'm not going to read it all to you but I'm going to read part of it to you and -- and find out whether this is your view of the -- of the situation with respect of racial differences or not. And, I'm looking at page six o seven (607) -- after the table on the page, there is this:

15 "The comparisons of pulmonary function in smokers and non-smokers was central for the purpose of this paper. In this regard, important racial differences were observed for whites, and comparisons between non-smokers and cigarettes smokers within the same age group showed that non-smokers almost always had larger pulmonary function values. The differences were almost always relatively large and the differences were almost always significant. This was true for both men and women and exceptions occurred only in the youngest age groups. Otherwise, in white

25

subjects, there was clear associations between cigarette smoking and decreased mean pulmonary function values."

And then he outlines what they were.

5 "These smoker or non-smoker differences were independent of body size. For both male and female blacks, however, the white -- the results were quite different. Within each age subgroup, the differences between non-smokers and the cigarette smokers and mean values of  
10 pulmonary functions were relatively small. They varied in direction, they rarely attained the level shown for statistical significance. Body height could not be invoked to explain  
15 the absence of significant differences in pulmonary function between black smokers and non-smokers."

And then he goes on to point out that the same was true of the studies of Orientals; and if we go to the -- the  
20 conclusion on page six o eight (608), the last two (2) paragraphs, are you with me, doctor?

A- Yes, I am. I'm reading it.

Q- I see. There appears this.

"The results with ..."

25 -- I'm sorry --



"If cigarette smoking is thought to have a direct causal effect in diminishing certain pulmonary functions in whites then why was an equally strong effect not seen in black and Oriental smokers? Possible explanations for these racial differences remain purely speculative at this time. On the basis of the present data, however, it does seem that whatever associations, causal or otherwise, exist between smoking and pulmonary function in whites, they are of very much smaller magnitude in blacks and Orientals."

Is that a proposition that you agree with or you don't agree?

A- No, in light of what's sort of -- I cannot bring to mind another reference in later literature to give other data. I remember that my remembrance, Your Lordship, is that there was a controversy at the time this came out, that the changes in lung function in whites were not quite as great -- quite as great is the way I remember it in other racial groups. One of the criticisms that was leveled, I think, against papers of this nature, is that they had small numbers of Orientals. Let me see what percent of these people were Orientals -- thirteen percent (13%) were black and four point five percent

(4.5%) were Oriental, the rest were white, so it's a rather different sample. Nevertheless, there were a large number of Orientals here. Blacks have different sitting heights of their normal lung function, it is quite different from white people. White people of the same height have larger lung capacities than black, a minor racial difference, but they're -- and this brings that out, I think, in all the articles comparing whites and blacks.

Nevertheless, to come right down to the problem which Mr. Cherniak has raised, this has been a problem and continues to be a problem and it's thought to be confounded by living conditions, lower socio-economic class, which one can correct for, but not entirely. It is difficult to correct for the living in more crowded homes, with more crowded -- viral respiratory and recurrent respiratory infections, more second-hand tobacco smoke, jobs which produce more air pollution, living in a part of town where there is more air pollution -- all of these, unfortunately, are factors in the lower socio-economic classes and perhaps these things -- this is the thinking among epidemiologic research -- are things which confound our numbers, particularly blacks in the United States have unfortunately been in lower socio-economic classes,

because they have not held the same sorts of jobs as whites, often through discrimination and so on, but as such, have been exposed through childhood, through infancy and childhood to more air pollutants of various kinds, and which would, of course, confound any evidence or any effect of cigarette smoking.

So, it just makes it more difficult, that does not vitiate -- that is, completely wipe out these sorts of figures, but again, this is but one study. And I don't think this is the view which is accepted today by myself and my colleagues. Cigarette smoking produces detriments in a certain percentage, indeed a small percentage, but a certain percentage of smokers -- twelve (12) -- ten (10), twelve percent (12%), and produces chronic obstructive disease -- whites, blacks, Orientals.

Q- Doctor, I don't quite understand you. These, this paper talks about the -- about blacks and Orientals being affected less, so that there are not the differences that are observed. It doesn't talk about them having less pulmonary function generally. It says they are less affected by tobacco when you adjust for smoking. Now, if they are less affected by tobacco, which is hard to believe if socio-economic status has anything to do with that.

A- Well, as I say, these are epidemiologic methods and these are the sorts of problems one has with them, but one paper in hundreds in the field, and the differences here are not as great, not nearly as great actually, in this paper, in the blacks and the Orientals. But it's but one paper in the field, and it's seventeen (17) years old. There have been all sorts of studies -- since we've discussed them, they've come out in the most recent world compendiums of all the articles and reviews of this subject and this is no longer mentioned as a big part of the differences. That's the problem I have with taking that as an important piece of information that we must pass on.

Q- Doctor, you are not suggesting that blacks and Orientals have more decreased lung functions generally than whites, are you?

A- Yes.

Q- I see. Have you watched ...

A- Yes, yes ...

Q- ... the ...

A- It's said here.

Q- Have you ever watched basketball or N.F.L. football recently?

A- Of course, of course. Blacks -- the difference, Your Lordship, is that it is a racial difference that blacks,

in terms of the total heights, they have six (6) feet, the legs in blacks are relatively longer and the thorax is smaller. They have more leg power or greater legs and shorter thorax, smaller lungs, ten percent (10%) difference. This is well-known.

Q- And Orientals are also well-known to be very tall too, are they, doctor?

A- No, it has nothing to do with height.

Q- I see.

A- Nothing to do with height, it's just the ratio between leg length and sitting height, they refer to that in this article, if you read it carefully, that there are those differences.

THE COURT:

So you say that the blacks have a ten percent (10%) difference in lung volume?

A- Yes.

Q- Than whites?

A- Five to ten percent (5-10%) difference.

Q- Five to ten percent (5-10%). Less, not more.

A- Less, correct.

Q- Therefore, the flow rates are less, which is the F.E.V. I will be less.

ME CHERNIAK:

Q- Now, doctor, do you remember the Tockman article that I

referred you to yesterday, I don't think it's in evidence. It was a nineteen eighty-five (1985) chapter in a -- in the book "Chronic Obstructive Pulmonary Disease", and Tockman and the others were -- are of the School of Hygiene and Public Health at the Johns Hopkins University. I want to read you something that Tockman says at page 58 and see whether you agree with it:

"It is possible that the lower prevalence of bronchitic symptoms observed among blacks is explained by racial differences in smoking habits. However, after adjustment for 14 factors, including age, sex, cigarette smoking, socio-economic status and genetic and dietary factors, significantly lower rates of chronic bronchitis among blacks was still observed in the Hopkins study, suggesting the possibility that whites have a significantly greater risk for bronchitis."

Is that a suggestion that you can subscribe to?

A- Yes, yes.

Q- So, doctor, there is -- there is, current in your field, the suggestion that racial differences are important in both pulmonary disease and chronic bronchitis, right?

A- No argument with that.

Q- No argument.

A- Cigarette smoking does not explain the whole thing and people are looking, continue to look for other factors.

Q- And there are, I suggest to you, doctor, significant regional differences noticed as to the relative risk of smokers in one country or one place from smokers in another place for mortality from chronic obstructive pulmonary disease?

A- Absolutely.

Q- And for instance, are you familiar with the nineteen eighty-four (1984) Surgeon General's report that outlines the difference in relative risk between smokers compared with non-smokers in Japan and in Great Britain?

A- I have read large portions of the nineteen eighty-four (1984) Surgeon General's report, however if you wish to refresh my memory on that particular segment, I would be happy to renew it.

THE COURT:

Ils sont déjà en preuve.

Me BAKER:

I wouldn't have thought they would have been filing as an exhibit.

Me CHERNIAK:

It's in, My Lord, but I have an extract that might assist.

Q- Would you look at page 197, under the heading "Cigarette

Smoking and Overall COLD -- Chronic Obstructive Lung Disease -- and Mortality", and it refers to Table III and said:

5 "These data demonstrate a uniform increase in death rates from COLD among male and female smokers when compared with non-smokers of either sex. The mortality ratio for smokers compared with non-smokers vary markedly, however, from 2.2 in the Japanese study to 10 24.7 in the study of British doctors."

Very wide variation. Would you not -- would you not agree?

A- Yes.

Q- And so there is something in the difference, either in 15 the region or the race or something going on that results in that very different mortality ratio, would you not agree?

A- May I read on to the next sentence?

20 "Some of this variability can be attributed to different patterns of certification of cause of death."

For all these deaths are gleaned from death certificates signed by local physicians, and there are different habits of view, seen as, for example, in Canada, many 25 times where physicians in one area will sign out death



from C.O.P.D. as the terminal event, his heart failed or he had pneumonia or influenza. In fact, this is a C.O.P.D. death and this was the terminal event, and this is known. Until we, as physicians across the world, can standardize our methods of signing out certificates, this sort of variation will continue to occur. A number of other factors may also be important, of course.

So, again, this is the problem we are looking in the other factors.

10 Q- Even so, the difference between two point two (2.2) and twenty-four point seven (24.7) is pretty large, isn't it? Yes?

A- Yes.

Q- You have to say yes, not m'hm.

15 A- Yes, I'm sorry, yes.

Q- And I suppose that you would agree that there is always a problem in epidemiological studies in the accuracy of death certificates generally, anyways, isn't there?

A- If your data is derived from death certificates, which 20 it is in some studies, a lot of studies.

Q- And that's because there is a lot of variation in how accurate death, death certificates are between hospitals, between teaching hospitals and non-teaching hospitals, between countries, between counties -- right?

25 A- Right. And I am sure that you have heard, I believe,

from epidemiologists who are experts and have spent time examining these problems, so I really shouldn't comment further, it's not actually my field of expertise.

Q- Yes, but it's a problem in epidemiological studies that is well-known to you because you work with epidemiologists?

A- Oh, yes.

Q- Yes.

A- Yes.

Q- And, doctor, you did a study -- no, I'm sorry. Are you familiar with a study comparing the prevalence and amount of emphysema between Winnipeg in Canada and St. Louis in Missouri that was reported in a nineteen eighty-three (1983) publication known as "Clinics in Chest Medicine?"

A- It's possible -- Cherniak?

Q- No, not quite Cherniak. There is a Doctor Cherniack, no relative, that is a ...

A- Yes, very well-known respiratory physician.

Q- He's a very well-known chest physician in Winnipeg, My Lord, but this is not -- let me show it to you.

THE COURT:

It's not your brother.

Me CHERNIAK:

No, it's spelled differently, My Lord.

Q- Can you look at this publication "Clinics in Chest  
Medicine" -- and I'm showing you an article by a -- by  
doctors named Sobonya and Burrows, and the heading is  
"Symposium on Emphysema" and the title of the article is  
5 "The Epidemiology of Emphysema". Now, I guess you'll  
have to tell me whether you are familiar with the  
article and the authors?

A- Oh, I certainly know the editor, Gordon Snider, I know  
personally, and Benjamin Burrows, who is the other name,  
10 I do know, yes.

Q- And would you credit their work?

A- Oh, of course.

Q- All right. And I take it that Clinics in Chest Medicine  
is another peer review journal?

15 A- Indeed.

Q- And I am referring you to page three hundred and  
fifty-seven (357), where there is a report in that  
publication of a comparison of the prevalence of the  
amount of emphysema in Winnipeg and St. Louis, it's in  
20 the bottom of the first paragraph, on the left-hand  
side, and the authors say this:

"In a study comparing the prevalence in amount  
of emphysema in Winnipeg and St. Louis, even  
in groups of patients matched for age and  
25 smoking history, it appears that the

5

prevalence and degree of emphysema were more severe in St. Louis. This difference is explained by the far greater amount of atmospheric pollution in St. Louis compared with Winnipeg."

A- Yes.

THE COURT:

Where are you reading ...

Me CHERNIAK:

10

I'm sorry, My Lord, it's about halfway down the left-hand column on page 357. It's the very last part of the ...

THE COURT:

In a study comparing ...

15

Me CHERNIAK:

Yes, in the study comparing -- that's the one, My Lord.

Q- So, regional differences are not only necessarily explained on the basis of things like death certificates, they can be explained on the differences in things like air pollution?

20

A- Sure.

Q- And occupational discrepancies are also known to produce various kinds of lung disease, are they not?

A- Absolutely.

25

Q- And you, yourself, in nineteen sixty-nine (1969),

doctor, did a study of the polyurethane foam industry, which was reported in the Canadian -- in the annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, do you recollect that?

5 A- Yes.

Q- And what you found, I suggest to you, in that study, was that there was a prevalence of rhonchi -- maybe you'd better explain that to us. Rhonchi is, I believe ...

A- Wheezes -- wheezes in the chest -- when one listens to  
10 the chest one hears wheezing -- musical sounds as possible evidence of disease in the -- increased mucus or disease in the bronchial tubes.

Q- And, just for the record, will you spell "rhonchi", doctor?

15 A- R-H-O-N-C-H-I -- this is an original term developed by a French physician, Laënnec, who proposed the term rhonchi.

Q- And you were doing the test to discover the prevalence of respiratory disease among workers at two (2)  
20 polyurethane foam plants?

A- Yes.

Q- And where were those plants, doctor?

A- One was in London and one in Windsor, I believe.

Q- Yes. Those are two (2) Ontario cities?

25 A- Yes.

- Q- And you found, after adjusting for age and smoking habits, that the prevalence of obvious rhonchi in the chest was sufficiently elevated among workers in those plants?
- 5 A- Yes.
- Q- And you, yourself, did a survey of Western Ontario farmers?
- A- Yes.
- Q- And you compared them with firemen and the physicians, among others, I think?
- 10 A- Yes.
- Q- And you found that they had a relatively high prevalence of -- and I am not sure, I'd better get the tab out -- I am not sure whether it's bronchi or rhonchi?
- 15 A- Rhonchi.
- Q- Rhonchi, I suspect. Just let me get the -- get it exact. Yes, but you found that the -- that the farmers in that study had a -- had a relatively high prevalence of rhonchi in chronic bronchitis with low ventilatory capacity, compared with firemen in the position, did you not?
- 20 A- Slight differences, they weren't huge.
- Q- Well, they were significant enough that you reported them.
- 25 A- All right.

Q- Correct?

A- All right.

Q- But that was -- the point of the article was to demonstrate that there were differences in chronic respiratory disease in four (4) -- four (4) occupational groups. Right?

A- Yes.

Q- And the four (4) occupational groups were firemen ...

A- Farmers, physicians, firemen...

10 Q- And chemical workers.

A- ... and chemical workers. Petro-chemical workers.

Q- Yes. And you found, I suggest to you, that the -- that the chemical workers as well showed low standardized ventilatory test results with high prevalence of rhonchi in chronic bronchitis, did you not?

A- Yes.

5/0047 Q- If you'd like to see the study to determine ...

A- No, carry on. Carry on.

Q- Yes. So the point is that your study of various occupations showed that there were differences worth reporting upon between these various occupations, didn't they?

A- I should like to address myself very briefly to those studies. The first study that we reported regarding the people exposed to toluene di-isocyanate, the two (2)

plants -- and this is a very important chemical which is used -- in this particular instance, it was used for the manufacture of automobile foam, the foam rubber upholstery, it's artificial rubber -- a well-known broncho-constrictor, it constricts bronchial tubes if you breathe it, and it has also been found since to actually sensitize people, it's a form of allergy, so that some people react very strongly with constriction of the bronchial tubes. This is not chronic bronchitis. This is a form of occupational asthma, a different disease. It produces some of the same symptoms but it's a different disease. So we were looking at occupational asthma in those two (2) studies.

The other studies, of course, are a mixture. When we say chronic respiratory disease, they're not all chronic respiratory diseases. Chronic obstructive respiratory diseases are chronic bronchitis; there are other kinds of chronic respiratory disease, of course, and we were just looking for any evidence of symptoms or problems. A lot of this stuff, a lot of the problems in farmers, of course, are reactions to organic material in the air which gives them asthma, bronchial constriction. We were not in these studies able to spend the time to separate out whether we were dealing with asthma or bronchitis. We were just looking for evidence of lung



trouble of some kind.

Q- Doctor ...

A- Preliminary studies.

Q- ... what I read to you with respect to your -- for  
5 instance, the -- the results with respect to farmers was  
that you found -- I'm sorry, with respect to chemical  
workers, so the chemical workers also show low  
standardized ventilatory test results with high  
prevalence of bronchi -- I'm sorry, rhonchi, and chronic  
10 bronchitis?

A- Yes.

Q- And you told us that chronic bronchitis, although it  
doesn't have any problems in itself, often leads to  
problems.

15 A- Yes.

Q- Yes. And the same with Western Ontario farmers?

A- Yes.

Q- They had a relatively high prevalence of rhonchi and  
chronic bronchitis with low ventilatory capacity, right?

20 A- Right.

Q- So ...

A- And thirty percent (30%) of them smoked.

Q- I'm sorry?

A- And thirty percent (30%) of them smoked.

25 Q- Yes, but your figures were adjusted to smoke, were they

not?

A- Yes.

Q- I mean, that's what you have to do.

A- Some of them weren't. It depends in what context you're  
5 using it.

Me BAKER:

Perhaps, My Lord, it might be more appropriate for the  
witness to have his own paper in front of him if he's  
going to be cross-examined on something that he wrote  
10 many years ago.

Me CHERNIAK:

My Lord, this witness is quite prepared -- is quite  
capable of taking care of himself. I offered it to him,  
he hasn't asked for one.

15 Me BAKER:

It's not a matter, My Lord, of what the witness is  
prepared -- is capable of taking care of.

Me CHERNIAK:

It's already in evidence, My Lord, if the witness wants  
20 to see it.

THE COURT:

No, that's not the point. It may be helpful for the  
witness, in all fairness to him, to have the paper in  
front of him.

25

Me CHERNIAK:

I believe it is already in, My Lord.

THE COURT:

Pardon?

5 Me CHERNIAK:

I believe it is already in.

THE COURT:

Oh, it may already be in evidence.

Me BAKER:

10 Yes, it might be in, but let's give it to him.

THE COURT:

Show it to him.

Me CHERNIAK:

RJR-132.

15 A- Excuse me, I'll find it.

Q- That's the one.

THE COURT:

You were reading from the last page, at page one  
forty-six (146), Mr. Cherniak?

20 Me CHERNIAK:

I was reading, My Lord, from the -- actually, from the  
first page, one forty-three (143), and I will read as  
well from the -- from the summary or the abstract of the  
article, which is the very first paragraph.

25

THE COURT:

Because at one forty-six (146), exactly what you said is there: chemical workers show low standardized ventilatory test results with high prevalence ...

5 Me CHERNIAK:

Yes, I did read from one ...

THE COURT:

... of rhonchi.

Me CHERNIAK:

10 I did read from one forty-six (146).

Me CHERNIAK:

Q- Doctor, have you refreshed your memory on your paper?

A- Yes, I have, thank you.

Q- All right. Just to include -- what I want to ask you on  
15 it, your -- your abstract, the very first paragraph of your abstract is as follows:

"In a prevalence survey ..."

This is on the very first page, My Lord.

"In a prevalence survey, of the 1,072 Western  
20 Ontario farmers, chemical workers, firemen and physicians, chronic respiratory disease rates differed significantly. Farmers and chemical workers showed higher rates of chronic  
bronchitis and rhonchi heard on auscultation  
25 and lower forced expiry -- expiratory volume

rates in physicians and farmers."

Is that a fair summary of ...

A- Yes.

Q- ... of your findings at that time?

5 A- Yes.

Q- So, doctor, it is fair to say that there are -- that there are being studied by you and others a whole variety of risk factors that are felt to lead to problems of chronic bronchitis and obstructive lung disease, yes?

10

A- Yes.

Q- And that -- and that is an ongoing study, isn't it?

A- Yes. May I quote further from the paper then.

15

Recalling, Your Lordship, these were early days in delineating the factors in lung disease -- reported in nineteen seventy-four (1974), done in nineteen seventy (1970), seventy-one ('71). We even started in nineteen sixty-nine (1969). We had a lot of trouble chasing around the farms around London to do four hundred (400) farmers, and my assistant was bitten by several dogs.

20

There was a lot of problem here and we finally assembled our figures and did -- did things -- one (1) of the things we did not do, as I mentioned yesterday, was correct for smoking back to zero. We did the standard, then, statistical maneuver of normalizing -- correcting

25

for cigarette smoking so that with different levels of smoking in all of these approximately thousand (1,000) people in the four (4) occupational groups, we brought them back to an even level of smoking, correcting their smoking and therefore adjusting everything else to an even level. We did not select out the non-smokers and see what they did. That was not done, that was something that, you know, had I done this years later, I'm sure everyone would have insisted that this must be done.

So what I did say, at the bottom of page one forty-five (145), smoking and chronic bronchitis, Table III, shows that the diagnosis of chronic bronchitis, based on a history of sputum production which is the diagnosis of bronchitis, is most clearly correlated with current cigarette smoking, correlated at a ninety-nine point nine percent (99.9%) level of confidence. You can't get much more confident than that. So -- so, yes, there are -- certainly there are other factors and we -- we look for them, everybody looks for them when they do such -- such a study and on -- in every set of papers, smoking shows up to be the only solid and most important issue. I can't emphasize that point too much.

Q- The ...

A- I wish we could find other things.

Q- Doctor, in nineteen seventy-four (1974), when you did this study, you were trying to see whether certain occupations where there were -- where there were pollutants or irritants in the air affected the prevalence of these diseases. That's why you did this study, isn't it?

A- Yes.

Q- And you chose firemen and physicians on the one hand, where, generally speaking, they were not exposed much in the way of pollutants, the physicians not at all and firemen on an irregular basis, right? And chemical workers and farmers, on the other hand, where they were exposed to irritants or pollutants, occupational in nature, in the air on a daily basis. That's why you chose those groups, isn't it?

A- Yes.

Q- And you found that, indeed, the farmers and the chemical workers who were exposed to either chemicals or grain -- grain dust and the like in the air, on a daily basis, in fact had a greater prevalence of these problems, did you not?

A- Yes.

Q- So the -- the theory that you're postulating proved out, didn't it?

A- There were differences in the two (2) groups.

Q- Yes.

A- Among the four (4) groups.

Q- All right.

A- Yes.

5 Me CHERNIAK:

My Lord, I'm not sure that we put in the article on --  
from -- from chest that the witness -- Clinics in Chest  
Medicine. The witness did agree with that -- that that  
was authoritative, My Lord, may that be put in?

10 RJR-133. Thank you.

Q- And, doctor, it's not been doubted since that time that  
workers who work in industries where they are exposed to  
things in the air, like farmers who are exposed to grain  
dust or coal workers who are exposed to coal dust or  
15 chemical workers that are exposed to chemicals in the  
atmosphere that they work, it's never been doubted since  
that time that that contributed -- that those  
occupations contribute to the -- the causes of  
obstructive lung disease and chronic bronchitis? Isn't  
20 that so?

A- And asthma, if you will add ...

Q- And asthma, and asthma.

A- Asthma is a very different disease, and occupational  
asthma is what you're talking about in many of them but  
25 in some, indeed -- indeed I will agree that occupational



exposure may influence development of chronic bronchitis -- the development of chronic bronchitis and chronic obstructive disease in a minority of the cases.

Q- And -- now, doctor, just turning to another branch of the research that you've done over the years. As I understand it, one (1) of the major research interests that you've had and that you have -- you and your colleagues have spent a great deal of time on is the analysis of why children initiate smoking?

10 A- Yes.

Q- And, as I -- I think you told us yesterday, but you actually did a sort of study of -- of groups of children -- the same group of children as they progressed through a number of grades, starting with -- starting as low as what -- grade five (5), was it?

15            what -- grade f  
A-        Grade four (4).

Q- Grade four (4), and then carrying through with the same groups of children up until their high school years?

A- Correct.

20 Q- And the purpose was to -- to -- to try to get a handle,  
if I can use a colloquialism, on why it was that they  
initiated smoking and what the differences were between  
those children that initiated smoking at all and -- or  
didn't and those children who initiated smoking and then  
25 -- and then stopped and the like, is that not right?

A- Correct.

Q- And you -- you and your colleague, as you mentioned yesterday, Linda Pederson, the epidemiologist, published extensively the results of these studies, correct?

5 A- Correct.

Q- And those studies started in what year?

A- It's hard for me, actually, I'm sorry.

Q- Well, approximately?

A- Approximately seventy -- early seventies (70s).

10 Q- And I want to refer you now to one (1) of them which seems to me to be a bit of a summary of -- of them, and did you publish your nineteen -- nineteen eighty-two (1982) a -- an article called "Multi Variate Analysis of Variables Related to Cigarette Smoking Among Children in  
15 Grades Four (4) to Six (6)" in the Canadian Journal of Public Health?

A- Yes.

Q- You -- you have that article in front of you?

A- Yes, I have it, thank you.

20 Q- I'm not sure whether my friends have it or not. So I don't forget, My Lord, may this be marked?

THE COURT:

RJR?

THE CLERK:

25 RJR-134.

THE COURT:

33?

Me CHERNIAK:

No, the last one was one thirty-three (133), My Lord.

5 THE COURT:

Oh, excusez, excusez.

Me CHERNIAK:

Q- And this was reporting on your findings up to that date  
with respect to these children in grades four (4)  
10 through six (6)?

A- Yes.

Q- All right, and this was, I take it, done by questioning  
the students that were the subject of the examination?

A- Yes.

15 Q- And -- and I take it you have to rely upon, and your  
evidence is only as good as the truth of what the  
children in grades four (4) to six (6) told you?

A- Yes, we did attempt to get checks as best we can. We  
talked to principals, parents, teachers and in some of  
20 the analyses on a random basis, we actually checked the  
children's history of smoking by doing a chemical  
analysis to see whether they had, in fact, been smoking.  
So that if a child said no, I have not smoked, we did in  
random -- we couldn't do it in all of them -- we  
25 collected saliva samples which were measured for a

chemical called thiocyanate which gives us some indication whether they had been -- had any cigarettes in the last few days.

Q- I take it you're aware that there has been, in the literature, some criticism of the validity of tests asking young children -- or asking young ...

A- Absolutely, that's why we...

Q- ... young children questions?

A- That's why we were one of the first people to show that there were discrepancies. There are several methods, as you can -- as you know of testing whether someone has recently smoked. A lot have involved the drawing of blood, we were unable, of course -- we didn't really push it very hard, to get permission from the school board and the parents to draw blood from the children.

Q- Okay, let's just look at the -- under the heading of "Results" on page one seventy-three (173). In the middle column on page one seventy-three (173):

"The following summary statements can be made regarding ever smokers and current smokers."

The middle column on page one seventy-three (173), My Lord.

THE COURT:

Okay.

Me CHERNIAK:

Q- "Smoking frequency increased with decreasing  
socio-economic status."

THE COURT:

5 S.E.S.

Me CHERNIAK:

That's S.E.S., My Lord.

THE COURT:

Socio-economic status. M'hm.

10 Me CHERNIAK:

Q- "Smoking occurred with higher frequency among  
males than females, among children who  
repeated grades, those who did not plan to  
finish high school, those with smoking parents  
15 and friends who smoke, those who had less  
knowledge about cigarettes and their effects  
and those with less negative attitudes."

Not much of a surprise in any of those findings, was  
there, doctor?

7/0049 20 A- I suppose not, no.

Q- "Smoking in general occurred with increasing  
frequency among those children who  
participated more frequently in sports."

I take it that was a bit of a surprise?

25 A- It was.

Q- "Among the ever smokers, there was a direct relationship between smoking and age, smoking and grades."

Then you say:

5 "There was a curious increase among current smokers with children in grade 5."

-- which is -- so it's inconsistent with the slight drop in the rate among ten (10) year olds. Is there any real significant reason for that?

10 A- No, I don't think so. It's just a statistical fluke.

Q- And then at about the middle of the next paragraph, you say this:

15 "Children who are in higher grades, who had not repeated a grade, who had friends who didn't smoke or who had more negative attitudes towards smoking were more likely to have quit smoking if they had ever tried."

Yes?

A- Yes.

20 Q- So a lot depended on whether the children were passing in school and whether they associated with children who didn't smoke? Yes?

A- Yes.

25 Q- And then we go to your discussion, starting at page one seventy-four (174), and you say this:

"The results of the present study are consistent with the results from studies using older age samples."

I'm not sure whether those were your own or others.

5 A- Others.

Q- They were others, yes.

"Peer smoking appears to be the most important variable in predicting smoking among children in grades 4 to 6, as well as among children in grades 7 to 12."

10

In other words, whether their friends smoked? Yes?

A- Yes.

Q- "Among those who tried to smoke and then quit, attitude toward smoking is the most important predictor, but grade and peer smoking are also important."

15

And then you say this:

"Once smoking is initiated by high risk groups, its termination appears to be related only to grade, repeat grade, peer smoking and attitude."

20

Yes?

A- Yes.

Q- That's what it showed?

25

A- Yes.

Q- And then you say this on -- on page one seventy-five  
(175), the very last paragraph of your article:

"While the specific educational implications  
of the observed relationships are not readily  
apparent, it is clear that programs aimed at  
prevention of smoking must be directed to the  
peer group as a whole, as well as to the  
individual. As is the case with adults,  
cigarette smoking must be viewed by the  
individual in his social group as a socially  
unacceptable form of behaviour in order for  
decrements in percentage of smokers to occur.  
The fact that attitude is the best predictor  
of quitting smoking supports this suggestion."

That was your view then?

A- Yes.

Q- And that's your view now, I take it ...

A- Yes.

Q- ... as well, isn't it?

A- Yes.

Q- And the fact is, that since nineteen eighty-two (1982),  
the social acceptability of smoking has declined  
considerably in society and continues to do so, doesn't  
it?

A- I would think so, in my observations as an individual in



society.

Q- For instance, there's a lot fewer places that you can  
smoke in public, and in places like restaurants and the  
like in nineteen ninety (1990) than there was in  
5 nineteen eighty-two (1982)? Isn't that so?

A- Indeed.

Q- You could smoke in hospitals in nineteen eighty-two  
(1982) and you can't now, isn't that so, among other  
places?

10 A- Yes.

Q- So the fact is that the -- that your view as to the ---  
as to one of the most important factors, if not the most  
important factor, in -- in reducing tobacco use among  
young people is, in fact, occurring? Right?

15 A- Yes.

Q- Okay. And you continued in this research over the next  
number of years, did you not, following the same group  
of children?

A- We did.

20 Q- All right. And I'd like to refer you to another study  
that you did, a nineteen eighty-five (1985) study  
reported on in the Journal of Drug Education. Do you  
recollect this one? I'll show you a copy of it.

A- I will in a minute.

25 Q- And the title of this one is "A Cross-Sectional Analysis



our most important objective at that time was one that was not mentioned, that is some of these children had the program, the big expensive program, in grade school, the smoking awareness program in grade four (4) and again in grade five (5) from the teachers.

Some of the children deliberately, by our structure of the research, did not get the program and we wanted to see if it made any difference. So we wanted to look at these kids over the years; and so again we looked at them to see if there were differences. But while we had gone to all the trouble of chasing these children down and gotten permission from themselves and their parents and the school to contact them, while we had them, of course we tried to get as much information as we can from them and tried to talk to them about their personality, their lives, factors in their lives, their thoughts about smoking, what they considered to be the important issues in their smoking or non-smoking, and so we attempted to report on all of those issues.

Q- All I asked you, doctor, was whether these were the same children.

A- Yes.

Q- Is the answer yes?

A- Yes.

Q- And just look at the bottom of page two thirty-four

(234) under the heading "Discussion". You say about this group:

"As students in the public school, this cohort indicated that peer smoking was the most important variable in both -- in both statistical models ..."

-- without going into the details.

And that's what you reported on in the earlier article.

A- Yes.

10 Q- Is that correct?

A- Yes.

Q- Can you look at page two thirty-five (235), about four (4) lines down, you say this:

"However, in the current analyses, attitude towards smoking has become more important. More positive attitudes towards smoking and its consequences in terms of pleasure and relaxation and toward individuals who smoked had the strongest relationship to current smoking among this cohort of late adolescence."

A- Yes.

Q- And you say it's more noticeable among females and consistent with earlier findings and then you go on in the next paragraph to say:

"This pattern of results suggests that smoking is coming under more internal influences rather than external ones."

A- Yes.

5 Q- And you mean, by internal influences, what the individual thinks about smoking.

A- Yes.

Q- Is that what you mean by that?

A- Yes.

10 Q- And external ones means things impinged on the individual from outside, from other people, from other factors?

A- Peer group.

Q- Peer group.

15 A- We didn't examine, as you -- as you'll appreciate, Your Lordship, we didn't examine all the factors. There are a lot of factors which are becoming apparent today, which we should have examined, which we didn't in those days.

20 Q- Well, I'm...

A- But of the ones we examined, the answer, Mr. Cherniak, is correct.

Q- Yes. Well, let's just see what you did examine.

A- It appeared at that point that the internal ones, as  
25 they got older, were more important than the external

ones.

THE COURT:

I don't think it's Mr. Cherniak, I think it's you in  
nineteen eighty-five (1985). He's reading from your  
document.

A- Yes.

Me CHERNIAK:

Q- I'm not suggesting anything. I'm only reading from what  
you wrote, doctor. And you say:

"This pattern of results suggests that smoking  
is coming under more internal influences  
rather than external ones."

And I'm suggesting to you, just so we understand, that  
that's internal to the individual ...

A- Yes.

Q- ... that you asked questions of.

A- Yes, right.

Q- "While peer group pressure may be the most  
important influence leading to experimentation  
with cigarettes, continuation of smoking is  
not so much under the control of social  
factors as it is under individual personal  
ones."

In other words, you just explained the earlier  
statement, yes?



occur from -- for them as well?

THE COURT:

What does that mean?

Me CHERNIAK:

5 I'm sorry, My Lord?

THE COURT:

I'm not too used to the doctor, what does that mean?

Are the males are developmentally behind the females  
with regard to the internalization of smoking? What  
10 does that mean?

A- It -- in modern parlance, I suppose it means the females  
are a little more mature emotionally. They are a little  
more their own person at that age.

Me BAKER:

15 I think that the women are having a laugh out of all the  
males in the room.

THE COURT:

Of course, this is purely scientific. It has nothing to  
do with any other comments.

20 Me BAKER:

Ça, ça va sans dire.

THE COURT:

I made sure.

A- I hasten to add, My Lord, we are in the discussion group  
25 of the paper which allows speculation.



Me CHERNIAK:

Q- And -- and then you continued to -- to write the -- on  
this -- on this topic and in nineteen eighty-seven  
(1987), you and Miss Pederson did another paper in --  
5 that was called "Short and Long Term Prediction of  
Self-Reported Cigarette Smoking in a Cohort of Late  
Adolescence - Report of an Eight (8) Year Follow-up of  
Public School Students."

THE CLERK:

10 Number twelve (12).

Me CHERNIAK:

I'll give you a copy of it. This will be the next RJR  
exhibit, My Lord.

THE CLERK:

15 Number one thirty-six (136).

Me CHERNIAK:

Q- And this again, doctor, is the follow-up on the same  
group of students?

A- Yes.

20 Q- Okay, and -- I'll find the passage I want here, and we  
have the -- the abstract which -- in which you say that  
-- that you -- the purpose of the study was to assess  
accuracy in predicting adolescent smoking status -- and  
you refer to the cohort of students that you had used in  
25 the eight (8) year period of the study, and you conclude

in the abstract:

"However, for both long and short term prediction, previous behaviour proved to be the best predictor."

5 And so, we draw from that that whether -- whether students had smoked earlier was the best predictor as to whether they'd be smoking at that age?

A- Yes.

10 Q- All right; and other factors besides previous behaviour were peer and the parental smoking?

A- Yes.

Q- And whether the students intended to go on with their education or not?

A- Yes.

15 Q- Yes. All right, and then you wrote another article that was published in nineteen eighty-eight (1988) with Linda Pederson and -- and one (1) other doctor in which you weren't dealing with -- with students but you were dealing with the -- with your patients, the title of the article is "Attitudes of Patients With Chronic -- or with Chronic Respiratory Disease Towards Smoking Cessation". Are you familiar with that article? Let me give you a copy of that. This was just a couple of years ago.

25

THE CLERK:

RJR-137.

Me CHERNIAK:

5 Q- And what were you -- what was the purpose of -- of this study, doctor?

A- To assess their attitudes and perception of social and environmental influences on smoking cessation.

Q- So this was -- this was dealing with your -- your patients?

10 A- Correct.

Q- And you were trying to determine why some of them would quit smoking and why some of them wouldn't quit smoking?

A- Yes.

15 Q- And, of course, all of your patients had the benefit of you telling them in the certain terms that you explained to us yesterday, that they shouldn't smoke?

A- We had in the group twenty (20) ex-smokers and twenty (20) current smokers.

20 Q- And you -- you say in the -- in the body of -- of -- at least in the summary, about halfway down the left-hand -- in the left-hand column:

25 "The physician who made firm, persistent efforts to assist the smoking patient was viewed as the most important and credible source of information and effective advice

concerning smoking cessation."

I guess in most cases, that would have been you?

A- Yes.

Q- "Firm continuing pressure first from the  
5 doctor and secondly from the family and  
friends was recognized as the most powerful  
stimulus".

Yes?

A- Yes.

10 Q- The media and public announcements played very small  
roles as sources of information and -- and advice, yes?

A- Correct.

Q- So the people that -- that made the decision to quit did  
so because of the -- of the factors immediately  
15 surrounding them dealing with their family, their  
friends and their physician?

A- Yes.

Q- And the media was really very -- a very small part, if  
any part, of the decision?

20 A- Yes, in terms ...

Q- That's what you're finding?

A- ... of information about how to quit or the effects of  
smoking, yes indeed, they were not ...

Q- Very similar to the findings in that regard that you  
25 made with respect to the adolescent smokers?

A- Oh, no, that's one (1) of the holes in our data in the adolescent smoking. We did not -- we did not include anything about it. I have no knowledge -- from my research, I have no knowledge of the media -- they did not -- that was not discussed.

Q- Well, you certainly mentioned the media in -- in the article that I just read you from, doctor, with respect to ...

A- This one?

Q- No, no, no, in the -- in the last article that you published with respect to the -- the teenage -- the smokers? The ...

THE COURT:

Short and long -- long term predictions?

A- Short and long term predictions.

Me CHERNIAK:

Q- The one where you said it may be that males are more susceptible to external pressures including media anti-smoking messages that apparently females weren't?

A- Oh, okay, media anti-smoking messages, all right, yes.

Q- And -- but would you consider that with respect to the adult smokers, they were also subject to -- that what was important was the internal factors as opposed to the external factors?

A- Pressure from the doctors first, from family and friends

second. Now, this paper actually was structured a little differently. We did not suggest to the patients answers. We asked them and they gave us answers. It was not a structured question, say: what about your friends, what about your own attitude, what about your parents? Do they smoke, what do they tell you? This, the one on the adults, we just said what are the most important influences?

Q- Well, in the one on -- on the adults, what you reported are -- if we turn to page ten forty-three (1043), in the middle column, you say:

"Only 2 of twenty 20 people mentioned that media messages had influenced their decision to quit?"

A- Yes.

Q- And, of course, we're dealing in the late nineteen eighties (1980s) now. You say:

"Quite possibly, they did not remember the voluntary health group advertisements which were so widely prevalent on U.S. television prior to the television ban on cigarette advertising in nineteen seventy-one (1971)."

A- Yes.

Q- "There's considerable evidence in the literature that these ads were a factor in the drop of cigarette consumption at that time,

but they are seen much less frequently now?"

A- Yes.

Q- Yes, now, of course, at the time that those ads were on  
-- on the media, television advertising of cigarettes  
5 was also on the media, wasn't it?

A- Correct.

Q- And notwithstanding -- and the combination of the  
advertising on the one hand and the anti-smoking  
messages on the other hand, people quit smoking?

10 A- Correct.

Q- And you would agree, doctor, that the -- that the  
people, that thousands of people like -- we dealt with  
this yesterday, but thousands of people, actually  
hundreds of thousands of people successfully quit  
15 smoking without any help from anybody?

A- Yes, it's true. It's absolutely true. I have seen  
estimates since I -- with all the money we spent on quit  
smoking programs and propaganda and everything else,  
that ninety percent (90%) of people who quit, quit with  
20 no help from anyone. I've heard figures that high.

Q- The most important factor is among the millions of  
people who actually quit, the most important factor is  
that people decided on their own that they want to quit,  
yes?

25 A- Yes.

Q- And then, they quit?

A- Yes.

Q- With no help from anybody? I mean, they may get some support from their families, but they don't have to get outside help, smoking cessation programs, they just quit on their own?

A- Yes, my stand as a physician, that although those figures are true epidemiologically, statistically they are. There are also a lot of people who try very hard to quit, an equal number, and they can't quit.

Q- You say an equal number, you don't have any studies that determine whether it's an equal number or not, what we know is ...

A- Ten (10) -- only ten percent (10%) of smokers quit every year.

Q- But the point is, forty million (40,000,000) -- or forty to forty-five million (40-45,000,000) Americans have quit and four or four and a half (4-4,500,000) Canadians have quit?

A- Well, I don't want to get into an argument, Your Lordship. If four and a half million (4,500,000) have quit, how many people smoke -- were smoking over that thirty (30) year period?

THE COURT:

As a matter of fact, people are quitting, so it's



feasible, that's basically it.

A- It is feasible.

Me CHERNIAK:

Q- And my point is, a suggestion to you, the majority, the vast majority of smokers who quit, quit on their own without outside help? That's true, isn't it, doctor?

A- Yes.

Q- Thank you. Now, doctor, you deal in your report, with passive smoking. I want to ask you a few questions about passive smoking.

THE COURT:

Before we get to that, would that be a good time to break?

Me CHERNIAK:

It's a very good time to break, My Lord.

THE COURT:

Monsieur Deparbois m'a demandé si on pouvait finir un  
petit peu plus tôt ce midi pour lui permettre d'aller à  
l'hôpital, est-ce que vous seriez choqué si nous  
ajournerions vers midi et quart (12h15), et vingt  
(12h20).

SHORT RECESS

Me CHERNIAK:

Q- Doctor, just before I get to passive smoking, there is one factor that I didn't aver to in our earlier discussion, in the year nineteen seventy-four (1974) article, which is RJR-132, that's the chronic respiratory disease in the occupational groups, you say this in the first paragraph, cigarette smoking -- this is about five (5) lines down -- that there are a number of important factors that are significant, and you say:

"Cigarette smoking, sex, socio-economic status, or class and age are among those factors demonstrated to be of importance."

The one I didn't ask you about was sex. Am I not correct that emphysema, in particular, is almost overwhelmingly a disease of males?

A- Yes, much more common in males.

Q- And that the literature is full of studies that indicate that that's so, and nobody quite knows why but it is demonstrated as being so?

A- Yes.

Q- Okay. Now, if we can now go to this question of passive smoking, there are some things I want to ask you about.

A- Your Lordship, before we go on, I was sitting here thinking, is it proper for me to make a statement in regard to my previous testimony, not to change it but

to, in a way, make one (1) or two (2) sentences to summarize? Is that proper or not?

THE COURT:

You could do that when Mr. Baker will re-examine you.

5 A- Thank you.

Me CHERNIAK:

Q- Now -- but, doctor, I would like you to look at your report, Table I, which is on page eight (8). And you've got a table that deals with the, with the lung cancer risk associated with spousal smoking, and I just want to make sure that I understand it. You've listed a number of studies.

A- Yes.

Q- And the names of the principal authors are -- and the years, are on the left-hand column, am I correct?

A- Yes.

Q- And those are all different studies, which compared lung cancer risk where one spouse -- I guess that each of the studies was a little different, but let's just take Hirayama's study, the first one.

A- Yes.

Q- A non-smoker's risk was said to be one where the spouse -- where the spouse had an ex-smoker -- I'm sorry, where one spouse was an ex-smoker, the risk was quantified, and then for -- in that study, the amount of the smoking

of -- current smoking of a spouse depending on number of cigarettes per day ...

A- Yes.

Q- ... was ...

5 THE COURT:

The non-smoker's got a risk of one point zero (1.0) of what, of getting a lung cancer?

A- Yes.

Q- Versus the ex-smoker or what -- I ...

10 Me CHERNIAK:

That's just the baseline, as I understand it, My Lord.

THE COURT:

It's a baseline.

Me CHERNIAK:

15 That's the baseline.

A- That is a hypothetical number.

THE COURT:

Fine.

A- They've, just for mathematical convenience, expressed  
20 the risk of a non-smoker -- a spouse of a non-smoking person, their risk of getting lung cancer is, say, one (1).

Q- The spouse of a non-smoker -- is the spouse smoking?

A- A non-smoking spouse. That is a non-smoking spouse.

25 Q- Okay. Non-smoking spouse versus a -- in the first one,

in the Hira ...

A- Hirayama.

Q- Hirayama. The other spouse is a non-smoker?

A- Yes. The way I like to explain it is Hirayama looked at  
5 very -- thousands and thousands of non-smoking wives,  
that's who he looked at, non-smoking wives, and then the  
husbands are classified -- their husbands are classified  
as non-smoker, ex-smoker, smoking one (1) to fourteen  
(14) a day, smoking fifteen (15) to nineteen (19) a day  
10 ...

Q- Oh, okay. Okay, I understand now.

Me CHERNIAK:

Q- And then -- and just looking at that study, Hirayama's  
study, he gives the relative risks of the non-smoking  
15 spouses that are developing lung cancer as opposed to  
non-smokers generally, for the ex-smoker, for the spouse  
that smokes one (1) to fourteen (14) a day, fifteen (15)  
to nineteen (19) a day, et cetera.

A- Yes.

Q- And just looking at the relative risk of a spouse with  
20 an ex-smoking spouse, it is one point four (1.4)?

A- Yes.

Q- And the confidence levels are between below one (1)  
--point zero nine (.09), and two point two (2.2)?

A- Yes.

Q- The confidence levels are in brackets underneath each of these values and they are from below one (1), in other words, the range could have been that if the confidence level is actually at the bottom of the range, it's something less than one (1) and the maximum is two point two (2.2) but the value given by Hirayama was one point four (1.4). Yes?

A- Yes.

Q- And we can look at the rest of those values. If we look, for instance, at -- just going through that line, the one to four ...

THE COURT:

Q- Just a minute. There is a reference number. Is that -- like a number one (1) under "ex-smoker". Is that -- is there a reference somewhere for that number one (1) or it's just taken out of the study?

A- Yes. Those notes are comments which are later on in the text. They're little comments associated with those.

Q- In which ...

A- It probably says opposite one (1) -- it says ninety-five (95%) or ninety-nine percent (99%) confidence levels.

Q- Where is that?

A- I didn't -- I didn't put those in. I just got them from where ...

Q- Okay. These are in the text of these studies. Okay.

A- That's correct.

Me CHERNIAK:

5 Q- These are all ninety-five percent (95%) confidence levels, are they not? I mean, that's how they're usually expressed.

A- Yes.

10 Q- Ninety-five percent (95%) likely to be between point zero nine (.09) and two point two (2.2). Yes? And the value given is one point four (1.4).

A- Yes.

10/0031 Q- In other words, well under two (2) and well under two point two (2.2)?

A- Yes.

15 Q- And just going through the Hirayama study, where the smoking spouse smokes one (1) to fourteen (14) cigarettes per day, the relative risk is again one point four (1.4) with confidence level between one (1) and two (2)?

20 A- Yes.

Q- And so on. And let's just go down to -- we'll take another example, Koo's.

THE COURT:

Koo?

25

Me CHERNIAK:

Koo. That's about halfway down the page, My Lord. Koo et al study, nineteen eighty-four (1984).

5 Q- We've got the non-smoker listed and then I guess the smoker plus or greater than or equal to thirty-five thousand (35,000) hours of smoking?

A- Yes.

Q- That's how -- that's how...

A- Yes.

10 Q- ... Koo took the level. Less than thirty-five thousand (35,000) hours of smoking or more than thirty-five thousand (35,000) hours of smoking.

A- Yes.

15 Q- And Koo found a, with respect to the less than thirty-five thousand (35,000) hours of smoking by the one spouse in the presence of the non-smoking spouse, the relative risk was one point three (1.3).

A- Yes.

Q- Right?

20 A- Yes.

Q- With confidence levels between zero point eight (0.8), which would be less than one (1). In other words, if we were there, the -- that was the actual value, then the spouse of a non -- then the non-smoking spouse of a  
25 smoking spouse would have a relative risk less than one



(1).

A- I did not read Koo's paper. I've merely read  
discussions of it. You'll notice that Koo does not have  
a number of one (1) for the non -- Koo did not look at  
non-smokers. Koo compared ...

Q- But relative risk of one point three (1.3) means you've  
got a ...

A- Relative to the anomaly in Koo's paper is that the  
moderate smokers had a higher risk of one point three  
(1.3) than the one (1) of being exposed to the heavy  
smokers.

Q- Whether it's an anomaly or not, we're talking about  
relative risk here.

A- Yes.

Q- And relative risk of one point three (1.3) means that  
there is a slightly elevated relative risk, in his view,  
between the -- a non-smoker and -- the spouse with a  
non-smoking spouse and a spouse with a -- with a spouse  
that has smoked less than thirty-five thousand (35,000)  
hours.

A- I'm sorry, Your Lordship, to be stupidly contentious.  
It's not compared with non-smokers. Koo did not compare  
with non-smokers. Koo compared the one (1). The one  
(1) in Koo's figures is with the heavy smoking hazards.  
There is no one (1) opposite non-smokers for Koo. Koo

did not look at non-smokers.

Q- Well, no. Now, wait a minute. They're greater than thirty-five thousand (35,000) hours ...

A- Yes.

5 Q- ... I mean, if I'm reading these, is one (1). He didn't ascribe a value. He has a -- he's come up with the proposition that a spouse who was exposed to thirty-five thousand (35,000) hours of another spouse's smoking has got a relative risk of one (1), in other words the same  
10 as the smoking spouse, with confidence levels between point zero two (.02) and two point seven (2.7).

A- I'm sorry, the same as what? The same as nothing.

Q- The ...

THE COURT:

15 Q- But it's a relative risk to something.

A- Of one (1).

Me CHERNIAK:

Q- The relative risk is one (1).

A- He was ascribed that list. There is no one (1) elsewhere. There is no one (1). He was ascribed ...  
20

Q- Well, whether there is one (1) elsewhere or not, when you've got a relative risk of one (1) with a ninety-five (95) confidence level between two tenths (2/10) of one (1) ...

25 A- Correct.

Q- ... and two point seven (2.7), what he's saying is in his view or based on his finding, the risk of -- and I assume it's a he -- the risk of a non-smoking spouse with a smoking spouse who has smoked more than thirty-five thousand (35,000) hours is no greater than the -- the -- the risk if there was no smoking spouse. In other words, there is no greater risk because you've been exposed to more than thirty-five thousand (35,000) hours. Isn't that what that means?

10 A- Koo did not make that observation. Koo did not -- you'll notice there is nothing under the non-smoking. There was no non-smoking spouse ...

THE COURT:

Q- Okay.

15 A- ... to compare it with.

Q- So your testimony is that the relative risk of one point three (1.3) with respect to equal or less than thirty-five thousand (35,000) hours of smoking is relative to the more than thirty-five (35) ...

20 A- Yes.

Q- ... hours of smoking?

Me CHERNIAK:

Q- So, if that's what it means, that you're at greater risk if your spouse smokes less?

25 A- Well, the number is higher, but as you can see there is

tremendous overlap.

Q- And now -- now, all of these relative risks or the bulk of the relative risks are in the vicinity of one (1) to two (2) or sometimes even less. If we look at Chang and Fung, just above Koo, they've got a relative risk for where a spouse smokes of point zero eight (.08).

A- Yes. Yes.

Q- In other words, there is a -- the risk of getting lung cancer was less if the spouse smoked?

A- Yes.

Q- And there is lots of values, Kabat and Wynder have a similar finding, a relative risk of point zero nine (.09)?

A- Yes.

Q- Again, less if the spouse -- less risk of lung cancer if the spouse smoked? Yes?

A- Yes.

Q- And Garfinkel has a relative risk of one point two (1.2) for cigar and pipe smoker, one point two (1.2) for less than ten (10) a day, one point one (1.1) for ten (10) to nineteen (19) a day and two point one (2.1) for greater than twenty (20) a day with a -- with a confidence level between one point one (1.1) and four point zero (4.0). Yes?

A- Yes.

Q- Now, if we look at that -- at that table, I suggest to you that with respect to confidence levels in all but four (4) of the values, the lower of the confidence levels is either one (1) or less. I suggest that to you. Would that seem about right? I'll point out to you ...

A- The lower of the -- yes.

Q- The lower ...

A- The lower boundary.

Q- ... of the confidence levels is one (1) or less. In other words, equal to -- equal to, in effect, no -- no raised relative risk or less. In the four (4), just so we can have it for the record, the four (4), where that's not true, are the very right-hand value in Hirayama study, where the lowest confidence level is one point three (1.3). The last confidence level in the Trichopoulos study, study where the confidence levels are between one point seven (1.7) and three point eight (3.8), the Correa study, again the last one, one point one (1.1) and eight point five (8.5), and the last of the Garfinkel studies where the lower confidence level is one point one (1.1). Every other confidence level has the lower value of one (1) or less. Is that a fair statement, doctor?

A- The lower one -- so does Garfinkel actually.

Garfinkel's lowest level at the highest level of smoke exposure is zero point eight (0.8).

Q- Well, no no, I mean ...

A- Because it's the average.

5 Q- ... all of these values, every single one except the four (4) that I've mentioned to you, the lower end of the confidence levels are one (1) or less, except the four (4) values that I've mentioned to you. Yes?

A- Yes.

10 Q- And, doctor, you would agree that a relative risk of anywhere in the area of one (1) or two (2) is a very weak relative risk, would you not?

A- It's weaker than some of the bigger ones, yes.

15 Q- Well, it's weak, isn't it, doctor? You're familiar with Wynder's work, are you not?

A- Yes.

Q- And Wynder has said -- and Wynder is a well-known, highly respected epidemiologist? Yes?

20 A- If it's not statistically significant, then it is not a risk, agreed. If it is statistically significant, then it is a risk.

Q- We're talking about ...

A- You can apply an adjective to it.

25 Q- ... strength of risk, doctor, and I suggest to you that a relative -- a relative risk of -- of -- under two (2)

is a weak relative risk?

A- Your Lordship, I am not an expert in this field. The passive smoking health issue is one (1) which there are people that are spending their lives at. We are interested in it, of course, as chest physicians, and I have added this to my report. I understand that there are some experts coming in this field. I feel a little uncomfortable being picked at on individual details. I would be pleased to make a statement about the whole -- the whole collection here which comes from a compendium in a well-known journal. May I do that?

Me CHERNIAK:

Well, My Lord...

THE COURT:

15 Well, you have to answer the question first of all.

A- Yes.

THE COURT:

You know or you don't.

20 | A- Yes, I would say, yes, at that level, it is weak, of course.

Me CHERNIAK:

Q- That's my question.

A- May I then, Your Lordship, make a small statement about that which perhaps will prevent ...

THE COURT:

Go ahead.

A- ... us spending time, yes. The first report that came out on all of this, of course, was Hirayama. A huge study from Japan. There was a great deal of discussion in the British Medical Journal afterwards from people who agreed with it and didn't agree with it and tried to find holes in the argument. His great advantage was, of course, that the vast majority of the Japanese wives who are at home were non-smokers. Followed by case control study by Trichopoulos, then Garfinkel's report was made public. Unfortunately, Garfinkel which -- who used a larger number of people, was using American wives, and from then on American wives have not been very popular in this field because American wives are living with their second husband, their third husband. Many of them work outside the home, so it's a very difficult association to make and -- and, therefore, the Garfinkel study is not in good order.

With regard to all the studies that came out, I think there are fourteen (14) of them now that I know of in the literature. The association between passive smoking and lung cancer is, I think, positive but weak, as has been said. There is still some argument in some circles about it. I feel that most pulmonary physicians



Me CHERNIAK:

A- Yes.

A- Yes.

10	A- Because ...
----	----------------

A- I have reported the whole thing to be suggestive but not proved.

A- Strongly suggestive, yes.

20 A- No, I wouldn't make that statement. I would make the statement that it is strongly suggestive but not proved, if I may use that -- I would rather go on record as having made that statement.

AUDIOTRANSSCRIPT, Division de Pierre Vilcine & Associés Ltée

patients -- young people, don't prove that it does?

A- Yes, some suggested and some don't, yes, do not -- does not prove it, yes.

Q- Yes. A study by a man named Wiedemann that you reviewed  
5 ...

A- Yes.

Q- ... indicated that there were no measurable acute effects of passive smoking in young asthmatic patients?

A- That is correct, yes.

10 Q- And young asthmatic patients are particularly susceptible to irritants in the air, are they not?

A- Yes. My review said that this is an amazing problem for chest physicians and we can't understand why people do not do that. One (1) study, early on, showed that it  
15 did have an effect, a subsequent study, from Toronto, showed that it did not, and Wiedemann's study from Yale showed it did not. There has since been a study from Australia which showed that it did. So the controversial in this area, I think, would be the  
20 applicable term, Your Lordship. I know of four (4) studies on this subject.

Q- Well, you -- you did a review of the Wiedemann -- in the Wiedemann study, did you not?

A- Yes, I did. I wrote the editorial in the American  
25 Chest, I guess it was. I wrote the editorial in the

journal -- in that issue of the journal Chest, where Wiedemann's article appeared, commenting on it in general.

Q- All right. And now I want to show you the -- I just need a -- I'm trying to find a copy of the Wiedemann article. Doctor, I have a copy of your editorial, I apparently do not have extra copies of the Wiedemann article, so I'll have to read you from part of it. This editorial, doctor, is taken from a peer review publication called Chest, a nineteen eighty-six (1986) volume of it, yes?

A- Yes.

Q- And you wrote an editorial called "Passive Smoking, Acute Effects in Asthma" -- and it was a comment on an article that appeared in that -- the publication called, in the same issue, called "Acute Effects of Passive Smoking on Lung Function and Airway Reactivity in Asthmatic Subjects." All right. And what you said was, at the bottom of the left-hand column on page one sixty-one (161), in this issue of Chest, see page one eighty (180):

"A careful study by Wiedemann and co-workers has shown no measurable acute effect of passive smoking in young asthmatic patients, both resting ventilatory function and airway

reactivity were unchanged. Only two (2) other papers have looked directly at this question, Shephard found no effect, while Dahms, documented a deleterious effect of passive smoking in asthmatic subjects."

And I take it that you know, either know or know of Herbert P. Wiedemann and his colleagues?

A- Yes.

Q- And they did their research at the Department of Medicine of the Yale University School of Medicine at New Haven.

A- Yes.

Q- An excellent facility, you'd agree?

A- Indeed.

Q- Yes. And in the Wiedemann article, and I'm sorry that I don't have copies of it because we've had a logistical problem, I will have them filed after the break, the abstract of it says:

"We conclude that passive smoking presents no acute respiratory risk to young asymptomatic asthmatic patients."

A- That is what Wiedemann et al concluded from the article.

Q- And elsewhere, in the discussion -- in the discussion section of Wiedemann's article, he says this:

"Involuntary smoking produces unpleasant

5

10

15

20

25

symptoms in many individuals, the subjective complaints may be sufficient to -- may be sufficient cause to regulate smoking in confined public places. However, it remains controversial whether acute passive smoking is associated with important pulmonary physiologic hazards. The present study was designed to investigate whether involuntary smoking presents an acute respiratory risk to asymptomatic asthmatic individuals."

A- Yes.

Q- Yes, and of course, the theory was that asymptomatic asthmatic individuals would be more susceptible than the general public because of the asthmatic condition, isn't that so?

A- Yes.

Q- And just explain to us layman why it is that it was felt that asthmatic subjects would be more susceptible?

A- Well, asthmatic subjects complain a little more when they are exposed to any kind of air contamination, they are a little more irritable, they cough, they wheeze a bit, the definition of asthma, after all, is irritable airways, and the airways constrict on various types of stimuli. This is a physiologic response, physiologic.

Q- And then, in the discussion, the authors go on to say:

"Our data demonstrate that one (1) hour of passive cigarette smoke inhalation by young clinically stable asthmatics produced no change in maximal expiratory flow rates.

Furthermore, passive smoking caused a slight decrease in non-specific bronchial reactivity assessed by a ..."

I'll have to take this one slowly ...

"... methacholine bronchial provocation."

Maybe you can just explain to us again, what methacholine bronchial provocation is?

A- Yes. You will recall, Your Lordship, yesterday I had mentioned this is a test for how irritable your tubes are and you expose the person to increasing amounts of this substance, methacholine or histamine, which causes tubes to constrict, even normal people, and we know normal people will constrict their bronchial tubes if you give them a certain high concentration, but below that, the vast majority of normal people who do not have asthma or otherwise irritable tubes will not constrict. And so, they are using here that methacholine test to see how reactive, how irritable bronchial tubes are. And they perform -- Wiedemann et al -- Wiedemann, Ratray et al performed the test before and after exposure to cigarette smoke and actually showed a slight

non-statistically significant difference -- that is, decrease in the irritability of the tubes, as defined by the methacholine test.

Q- And the -- this article is considered an important contribution to the controversy, as to the extent of the impact of passive smoking, is it not?

A- Yes, it is.

Q- Yes. And it tends to support the proposition that it's really not much of a risk at all, doesn't it?

10 A- Would it be fair, Your Lordship, if I read the rest of  
the editorial, the next paragraph, which compares the  
importance of this article and others.

Q- Okay. Answer my question first.

A- Yes, it is important, of course it is.

15 Q- If you'd like to read the rest of your editorial, go  
right ahead. Let's make that an exhibit.

MONSIEUR LE GREFFIER:

RJR-138.

Me CHERNIAK:

20 My Lord, I will attach to it when we have the copies,  
the actual article. RJR what please?

MONSIEUR LE GREFFIER:

138.

A- "Chronic exposure to second-hand smoke in the  
25 workplace has been documented. The resultant

changes in another pulmonary function tests  
like the F.E.V. I, in a similar exposure in  
homes, chronically, long-term, showed  
reduction in the F.E.V. I. Second point:  
5 actually smoking cigarettes produces certain  
acute effects, including highly significant  
increases in airways resistance."

-- which is another way of measuring how narrow the  
tubes are.

10 "One might accordingly speculate that  
second-hand smoke should have similar acute  
effects."

And so on.

"Then in this issue of Chest, a careful  
15 study by Wiedemann and co-workers has  
shown no measurable acute effects of  
passive smoking in young asthmatic  
patients."

So on and so on.

20 "Only two (2) other papers ...

-- at that time, I would add --

"... have looked directly at this question.  
Shephard et al found no effect while Dahms  
..."

25 Dahms is from Iowa ...



"... documented a deleterious effect ..."

-- acute effect, I might add --

"... of passive smoking in asthmatic subjects.

The discussion offered by the authors of these

three (3) papers give cause for further

reflection about passive smoking and asthma.

Could it be that a longer duration of exposure  
is the key?"

And so on. So we are speculating, in other words, we

have now, from this -- at the time of this editorial,

one (1) paper which shows changes -- two (2) papers,

which do not -- there has since been another paper, I

don't know if it is significant to the argument, another

paper from Australia, which is like Dahms' paper, does

show deleterious changes. So, the score is two (2) to

two (2), a standard scientific dilemma.

THE COURT:

And the referee is -- I don't know.

Me CHERNIAK:

Q- Let me read you something from the U.S. Surgeon

General's report of nineteen eighty-six (1986), is that

the report that dealt with passive smoking, the nineteen  
eighty-six (1986) report?

A- Yes.

Q- An important document in the field. Let me read you

something from the report, I believe it's in evidence,  
My Lord, and this is a passage from ninety-six (96) to  
nineteen seven (97).

THE COURT:

5 Is that the same passage that we had?

Me CHERNIAK:

I don't know ...

THE COURT:

No, that was the eighty-four ('84) one.

10 Me CHERNIAK:

I don't think we have that, My Lord, I can ...

THE COURT:

Or you could read it, I can listen.

Me CHERNIAK:

15 I can provide the Court with actual copies of the  
extract, maybe I'll do that.

THE COURT:

Okay, I have it.

Me CHERNIAK:

20 Oh, you have the report, okay, that's fine, My Lord,  
that will save some time. At ninety-six (96) and  
ninety-seven (97), there is this:

25 "A quantification of the risk associated with  
involuntary smoking for the U.S. population is  
dependent on a number of factors for which

only a limited amount of data are currently  
available."

THE COURT:

Isn't there a spelling mistake there?

5 Me CHERNIAK:

Sorry, My Lord?

THE COURT:

Isn't there a spelling mistake? "Only a limited amount  
of data are"?

10 Me BAKER:

Non non, c'est américain.

THE COURT:

I'm asking.

Me CHERNIAK:

15 It depends where -- for which -- I guess "data" is  
plural, My Lord. I don't know. Anyway, that's what it  
says.

THE COURT:

I'm asking. I don't know. It's your mother tongue.

20 What is it?

Me CHERNIAK:

I think people would say "data" is plural and therefore  
"are" would be proper, My Lord.

THE COURT:

25 Okay.

13/0050

Me CHERNIAK:

But it's a matter of some controversy.

THE COURT:

Okay, the first of this?

5

Me CHERNIAK:

Q- All right. And then the -- the Surgeon General goes on to say, after describing lung cancer risk and the magnitude of it, then looking at the last few lines of that paragraph:

10

"The extrapolation of the risk estimate data to the U.S. population would therefore require a better understanding of the magnitude of the exposure to environmental tobacco smoke that occurs in the populations examined in the studies of involuntary smoking and lung cancer. A predictor interested in the magnitude of the difference in exposure between the high exposure group and the low exposure group."

15

20

And then it goes on to talk about another set of data that would be needed to estimate the risk and says -- the report goes on to say, at the very bottom of that column:

25

"The changing norms about smoking in public and the changing prevalence of active smoking

during this century suggests that E.T.S. exposure may have varied substantially over this century. A better understanding of the exposures that are actually occurring in the United States and past exposures will be needed to accurately assess the risk for the U.S. population."

That was true then and it's true now, doctor?

A- Yes.

Q- And if we look at page two hundred (200) of the same report, at the very -- at the very bottom of the paragraph that we see, that ends on page two hundred (200), we find this:

"These limitations make extrapolations from atmospheric measures to cigarette equivalent units of disease risk of complex and potentially meaningless process."

In other words, that's exactly what some studies have attempted to do, isn't it?

A- Yes. Yes.

Q- And the Surgeon General criticizes them as being in effect potentially meaningless?

A- Yes.

Q- Yes? So the point is that we are in the infancy of the -- of the proper assessment of the risks such as they

are attached to smoking, aren't we?

A- Yes. Your Lordship, this is not an uncommon position. We practice medicine all the time on the basis of incomplete -- incomplete evidence. We practice with strongly suggestive, suggestive ongoing research in medicine. We have to make up our mind on the basis of what we have. We sometimes never get the full answers. I come from perhaps a slightly different discipline than one must have in a courtroom. I must say I like to read everything that's been written in a paper such as this, where they do indeed -- were going for a hundred pages, giving both sides of the controversy.

On page ninety-seven (97), for example, the other end of this opinion is stated. The paragraph beginning on page ninety-seven (97), top of page ninety-seven (97):

"The epidemiologic evidence that involuntary smoking can significantly increase the risk of lung cancer in non-smokers is compelling when considered as an examination of low dose exposure to a non-carcinogen."

Q- We just went through the tables ...

A- Yes.

Q- ... that indicate that evidence, didn't we?

A- Yes. Exactly.

Q- That's the one that's set out in your report?

A- Exactly.

Q- With the risk levels, generally speaking, under two (2)?  
Yes, doctor? That's what you mean by that?

5 A- So a modest ten (10%) to three hundred percent (300%)  
elevation of the risk. They use the term modest -- I  
believe the term that was used here, My Lordship, was  
"weak". So it's an ongoing, an ongoing discussion. I  
must say that I and, I think, most of my colleagues --I  
10 talk to them everyday -- in our center have accepted it  
as a strong proposition that passive smoking is a risk  
for lung cancer.

Q- But, doctor, in your report, you've spent a little bit  
of time on the question of -- of tobacco and health care  
15 costs. Yes?

A- Yes.

Q- In your section on tobacco and health care costs, you  
have not taken into account at all the tax revenue from  
tobacco, have you?

20 A- Not at all.

Q- And you simply don't know what that revenue is?

A- My Lord ...

Q- Do you or don't you, doctor?

A- Mr. Cherniak, no...

25 Q- Can you answer the question?

A- No, I haven't the faintest idea.

Q- Fine. That's my question. Now, and doctor, I take it that you haven't as well taken into account the proposition, if we're going to get into a discussion of actual costs, if people don't die of one cancer or another, they're going to die of something, aren't they?

A- Yes.

Q- And there's always a cost associated with whatever people die of, isn't there?

A- Yes.

Q- And you have not taken that into account in your analysis, have you?

A- My Lord, may I say ...

Q- Have you -- please, doctor, have you or not?

Me BAKER:

Let him answer the question the way he attempts to, My Lord.

Me CHERNIAK:

Well, he's not answering it, My Lord.

A- I certainly will. I agree with you that I have not taken this -- I did not raise the cost to get into a discussion of costs. I am certainly no expert in economics. I have no idea what the overall costs, one way or the other, are. I merely raised it to show that it's an important -- this is an important disease, an



important series of diseases in our area, and I've used cost, direct cost of this to show that it is important.

I make no point at all that you would save money, lose money or do anything else if tobacco were to disappear tomorrow. That is not my field of expertise.

Q- Well, doctor, you see, you're the one that put it in the report, and if it's not your field of expertise, it's a little strange to me that you would put it in your report at all. Would it be fair to say, doctor, that before putting it in your report, you did no research at all on the subject matter?

A- That is correct.

Q- Yes. And ...

A- I'm talking from personal experience at the hospital.

Q- And I take it then, doctor, because you've indicated that you're an academic, and I take it ...

A- Yes.

Q- ... that before you put things in your report, you ordinarily do considerable research on them, don't you?

A- On the areas in my field of expertise...

Q- Yes.

A- ... of course.

Q- And that's what you did when you attempted to put in the study of passive smoking, you put in this table of all the studies on passive smoking based on the research

that you've done?

A- Yes.

Q- Correct?

A- Yes.

5 Q- But you didn't feel that it was necessary to do the same kind of research when you put in a section in your report on the cost of tobacco consumption, did you?

A- No. You will note, My Lord, that those are costs only at one hospital, my hospital where I have experience --  
10 it has nothing to do with costs to the whole community or benefits to the community.

Q- But the point is, doctor, you didn't do any research on that subject before you put it in the report, did you?

A- Well, I talked to people, so I knew the number of bed  
15 occupancies. It was merely a measure of bed occupancies in our hospital.

Q- Firstly, doctor, are you aware... first of all, are you aware of a Canadian publication known as the Journal of Health Economics?

20 A- No, I'm not.

Q- You never heard of that?

A- Never heard of it.

Q- And did you know that in nineteen eighty-six (1986), there was a Canadian study done by two (2) researchers  
25 at McMaster University in Hamilton and two (2)

researchers at the University of British Columbia in Vancouver, published in that journal, called "Tobacco Taxes and Health Care Costs"? Did you know that there was such a publication?

5 A- No. I'm sure there have been lots of publications done on it, and I certainly don't dispute that at all.

Q- And you certainly didn't have reference to the literature on the subject before you put that in your report?

10 A- My reports did not relate to health care costs in general. They only related to the number of beds that were occupied by people with smoking-related diseases at our hospital.

Q- But what you were trying to demonstrate is, doctor, that  
15 in the view that you take of the world, there was a cost associated with it? Yes?

A- This was a demonstration of the amount of activity in our area in this thing.

Q- Yes, but you were ...

20 A- I made no point of relative costs or gain or loss to the community. I certainly didn't mean to. If that's the way it's interpreted, then I apologize to the Court.

Q- The point is -- but the point is you weren't prepared to look at the other side of it, were you?

25 A- Not at all.

Q- No.

A- Certainly not. I'm not qualified to look at the other side.

Q- Because from the point of you and your colleagues, there isn't another side, is there?

A- Oh, I will not accept that. Of course there is.

Q- All right, doctor, one last thing. The -- you've indicated your position with respect to the Ontario Medical Association and Smoking and Health. Am I correct that the Ontario Medical Association did not take a position, did not appear in the parliamentary hearings into Bill C-51, the Tobacco Advertising ...

A- No.

Q- No?

A- Our parent body, the Canadian Medical Association, did.

Q- No, but did the Ontario Medical Association?

A- No. As far as I know, the Ontario Medical Association did not.

Q- But it was under consideration whether they would or not, wasn't it?

A- I don't know.

Q- You don't know?

A- No. I was off council by that time. I did serve on council off and on for twelve (12) years, but council makes those decisions.

Q- And you simply have no idea why the Ontario Medical Association did not appear at those hearings?

A- I think they decided that the issue was one that the C.M.A. could look after.

5 Q- Well, I don't want to know what you think. Do you know?

A- It's our parent body.

Q- Do you know?

A- No.

Q- And if I suggested to you that the reason they didn't  
10 appear was that they took the position that -- that advertising had no effect whatsoever on consumption, is that something you would agree with?

Me BAKER:

My Lord, he's already got from the witness that he  
15 doesn't know. The witness was going to attempt to guess at a previous answer; Mr. Cherniak said: "Don't guess". Now, he's asking him to guess.

Me CHERNIAK:

My Lord, it's cross-examination.

20 Me BAKER:

He can't have it both ways.

Me CHERNIAK:

My Lord, you know, my friend should not object to  
cross-examination, to questions in -- a perfectly proper  
25 question.

THE COURT:

Well, that's not a proper question, not the way you put it. He was off council at that time. He volunteered an explanation and you said: "No, answer my question", and then you ask him to volunteer another explanation which you suggest. This is not proper and anyways, what does he know? He doesn't know. He wasn't on the council. What value is that going to have on my decision?

Me CHERNIAK:

All right, My Lord. Those are my questions.

THE COURT:

Do you have a re-examination?

Me BAKER:

I'd need a few minutes, My Lord, to think. Well, is Imperial doing a cross-examination?

THE COURT:

Oh, I'm sorry.

Me BORDAN:

No questions for Imperial.

Me BAKER:

Well, now that we've settled that one, I'll need a few minutes, My Lord.

THE COURT:

I'll be outside.

SHORT RECESS

Me BAKER:

No questions in re-examination, My Lord.

THE COURT:

Alors à deux heures quinze (14h15) cet après-midi; on va  
commencer le docteur Robitaille.

Me BAKER:

Ostiguy.

THE COURT:

Ostiguy.

Me JOYAL:

Docteur Robitaille, c'est demain.

L'an mil neuf cent quatre-vingt-dix, le vingt-huitième jour  
du mois de février,

LA COUR :

Alors, on a réussi à sauver monsieur Deparois, on va  
5 pouvoir continuer après-midi.

LE GREFFIER :

Dans le dossier de RJR-Macdonald Inc. versus le  
Procureur général du Canada et Imperial Tobacco limitée  
versus le Procureur général du Canada, si les procureurs  
10 veulent bien s'identifier, s'il vous plaît.

Me GEORGES THIBAUDEAU :

Pour la requérante RJR-Macdonald, Georges Thibaudeau,  
Michel Pinsonneault et Doug Mitchell. A moitié.

Me GREGORY BORDAN :

15 Pour Imperial Tobacco, Gregory Bordan.

Me CLAUDE JOYAL :

Pour le Procureur général du Canada, Maîtres Roger Baker  
et Claude Joyal.

LA COUR :

20 Alors, Maître Mitchell, I see you but I don't hear you.

Me MITCHELL :

It's usually the case.

Me JOYAL :

Votre Seigneurie, j'aimerais peut-être que vous me  
25 voyiez, puis que vous m'entendiez pas après-midi, mais



ça va être l'inverse.

Je demanderais le docteur Gaston Ostiguy.

-----

L'an mil neuf cent quatre-vingt-dix, le vingt-huitième jour du mois de février, a comparu comme témoin dans cette enquête:

5 GASTON OSTIGUY, âgé de cinquante-deux (52) ans, domicilié au  
[DELETED]

LEQUEL, après avoir prêté serment sur les Saints Evangiles, dépose et dit ce qui suit :

10

INTERROGÉ PAR Me CLAUDE JOYAL,  
pour l'intimé :

Q- Docteur Ostiguy, pourriez-vous prendre le c.v. qui est devant vous à la page trois (3).

15

Votre Seigneurie, ce serait peut-être une bonne chose de numérotter les pages du c.v.; il y a douze (12) pages puis je ne suivrai pas nécessairement l'ordre des pages. Alors, ça va peut-être accélérer le processus.

LA COUR :

20

Je l'ai lu incidemment.

Me JOYAL :

Q- Docteur Ostiguy, pourriez-vous relater à la Cour quelle est votre formation académique suivant ce qui est mentionné à la page trois (3) de votre c.v., dans le  
25 domaine de la médecine.

R- Dans le domaine de la médecine. Alors, ça commence avec l'obtention du doctorat en médecine en dix-neuf cent quatre-vingt-un (1981), ce qui a été...

Q- Quatre-vingt-un ('81) ou...?

5 R- Dix-neuf cent soixante et un (1961), excusez, oui, dix-neuf cent soixante et un (1961).

Q- Alors, c'est pas mentionné, je pense, hein, à la page trois (3) ?

10 R- C'est pas mentionné, non... Dans la réfection, là, du c.v., ça a été oublié.

Q- C'est quelle université ?

R- C'est l'Université de Montréal.

Q- Et par la suite ?

15 R- Et, en même temps, on obtient toujours simultanément le droit de pratique comme médecin et chirurgien dans la province de Québec, donc toujours en dix-neuf cent soixante et un (1961); et immédiatement, j'ai entrepris mes études de spécialisation et... pour obtenir, au cours de ma troisième année d'études post-graduées, une  
20 maîtrise en sciences, en physiologie respiratoire, médecine expérimentale à l'Université McGill, en dix-neuf cent soixante et quatre (1964); et par la suite, je suis allé compléter ma formation post-graduée avec deux (2) années d'études en pneumologie et en  
25 physiologie respiratoire en Angleterre. Et à mon retour

au Canada, bien je me suis présenté aux examens du Collège Royal en médecine interne; parce qu'à cette époque-là, il y avait pas de certificat de spécialiste dans les sous-spécialités médicales; il fallait passer son certificat de spécialiste en médecine interne qui recouvrait à ce moment-là... qui regroupait toutes les spécialités médicales. Et, par contre, au niveau de la province de Québec, il existait un certificat de spécialiste dans la spécialité qui m'intéressait et qui me concernait davantage, c'est-à-dire la pneumologie.

Donc, en dix-neuf cent soixante et six (1966) j'ai obtenu ces deux (2) diplômes de compétence. En dix-neuf cent soixante et un (1961), bien on avait le privilège également de passer l'examen du Conseil médical du Canada qui nous donnait le pouvoir, ou la possibilité d'aller travailler dans d'autres provinces canadiennes si jamais le désir nous prenait d'aller travailler ailleurs. Alors c'était une chose... c'était un examen spécial, c'était un examen séparé de celui de la province et de la Faculté de médecine, mais que l'on pouvait prendre en dix-neuf cent soixante et un (1961) et je l'ai fait.

Q- Ça, c'est la licence du Canada, médicale du Canada mil neuf cent...

R- Du Conseil médical du Canada, oui.

- Q- C'est ça. Vous nous avez dit tantôt que vous aviez obtenu en mil neuf cent soixante-quatre (1964) une maîtrise en sciences, médecine expérimentale, vous nous avez parlé de physiologie respiratoire: qu'est-ce que c'est la physiologie respiratoire, en quelques mots?
- R- Bien la physiologie respiratoire, en fait, c'est l'étude du fonctionnement... du fonctionnement normal du poumon; et la physiopathologie, bien, c'est l'étude des mécanismes anormaux, des fonctionnements anormaux dans certaines maladies, et comme... à cette époque-là, et pour comprendre ce qui se passait particulièrement dans les atteintes fonctionnelles du poumon, eh bien il était important d'avoir des bonnes notions de la physiologie respiratoire.
- Q- Toujours à la page trois (3), la dernière rubrique, est-ce que vous pourriez nous expliquer qu'est-ce que c'est le "Lecteur B" ?
- R- Ah bien, c'est que depuis quelques années, depuis une dizaine d'années, je suis impliqué et très intéressé dans le diagnostic des maladies pulmonaires professionnelles et des compensations qui peuvent en découler, et des évaluations; et ce diplôme est une reconnaissance par un organisme américain, d'une compétence à interpréter les radiographies pulmonaires, particulièrement chez des gens qui... chez des gens qui

ont eu des expositions industrielles, des expositions industrielles qui seraient susceptibles d'affecter leur santé respiratoire.

Q- Toujours à la page trois (3), vous nous avez indiqué...

5 LA COUR :

Q- Vous parlez de C.D.C., c'est ça ? D'Atlanta, ça? Le service... "Centre for Disease Control", c'est à Atlanta?

R- Oui, oui. Oui. C'est décerné de façon simultanée également par l'"American College of Radiology", le Collège américain des radiologistes.

Me JOYAL :

Q- Toujours à la page trois (3), "Certificat de spécialiste en pneumologie de la province de Québec en mil neuf cent soixante-six (1966)", est-ce que vous savez il y avait combien de pneumologues au Québec en mil neuf cent soixante-six (1966) ?

R- Je peux vous dire que quand je me suis levé pour aller chercher mes questions à l'examen écrit, en pneumologie, là, j'étais le seul candidat à cette époque-là; et pour faire un petit bref rappel historique, il y a pas tellement longtemps on était affligé par la tuberculose, mais déjà à partir de dix-neuf cent soixante (1960), avec la mise sur le marché de nouvelles médications contre la tuberculose, c'est une maladie qui était en

voie de diminuer de façon considérable. Et, par contre, on s'éveillait à un autre groupe de maladies qui affectaient le fonctionnement du poumon, alors... c'était justement les implications de la physiologie...  
5 de la physiologie respiratoire.

Alors... voulez-vous me répéter votre question, là ? Je me suis peut-être égaré, là, je m'excuse.

Q- Je vous ai demandé il y avait combien de pneumologues en mil neuf cent soixante-six (1966).

10 R- Bon. Alors, jusqu'à cette époque-là...

Q- J'ai compris qu'il y en avait un (1).

LA COUR :

A l'examen, à l'examen; il y en avait peut-être d'autres avant, là.

15 R- Alors, jusqu'à cette époque-là, on avait surtout des individus qu'on appelait des phtisiologues et qui étaient des spécialistes du traitement et du diagnostic de la tuberculose et... alors, ceci représentait la grosse majorité.

20 Je pourrais dire que à ce moment-là, du côté des Canadiens français, si on fait exception des gens qui étaient spécialisés en tuberculose, en phtisiologie, eh bien on devait être certainement moins que vingt (20).

Q- Alors, à la page quatre (4) de votre c.v., il y a une  
25 énumération, en fin de compte, d'une certaine

reconnaissance que vous avez obtenue. On va passer à la page cinq (5).

Pourriez-vous expliquer dans les grandes lignes l'objet des études que vous avez menées ou que vous avez suivies en Angleterre et qui sont reproduites, je pense, aux trois (3) derniers paragraphes de la page cinq (5).

R- Bon, dans l'obtention des certificats de compétence, surtout si on désirait obtenir un poste de professeur à l'Université de Montréal, même si pour obtenir le diplôme de la province de Québec pour la pratique de la pneumologie, c'était de bonne guerre et de bon aloi et presque de routine à ce moment-là d'aller quand même à l'étranger et de même faire une année supplémentaire pour ... d'études.

Alors, on commençait en général par deux (2) années d'études en médecine interne, c'est-à-dire les différentes spécialités médicales; j'avais introduit une année de recherche en physiologie respiratoire à l'Université McGill, au Royal Victoria, comme troisième année; et finalement, pour acquérir plus d'expertise clinique, c'est-à-dire dans le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires, eh bien on m'avait suggéré... on m'avait fortement conseillé à ce moment-là d'aller faire un tour en Grande-Bretagne et d'étudier... d'étudier la médecine pulmonaire à cet



endroit-là. Alors, j'ai fait un stage d'une (1) année à  
l'Institut des maladies respiratoires de Londres, le  
"Brompton Chest", et puis le "London Chest Hospital", où  
j'ai fait une (1) année entièrement consacrée à la  
5 clinique, c'est-à-dire à voir des patients, à les  
évaluer et à participer au traitement de ces  
individus-là. Et ensuite, comme on m'avait offert un  
poste d'enseignant à la Faculté de médecine de  
l'Université de Montréal, eh bien ... et qu'on avait  
10 surtout, à ce moment-là, un besoin dans le domaine de la  
physiologie respiratoire, eh bien au cours de la  
deuxième (2ième) année, j'en ai profité pour aller faire  
un stage d'environ cinq (5) mois au pays de Galles, à  
l'Institut de recherche des maladies pulmonaires  
15 professionnelles, "Pneumoconioses Research Unit", parce  
que... et connaissant l'ampleur des maladies pulmonaires  
professionnelles qui pouvaient exister au Québec,  
nécessairement c'était quelque chose qui était  
susceptible de m'intéresser ...

20 LA COUR:

Les mineurs ...

R- Pardon?

Q- Les mineurs du pays de Galles.

R- Les mineurs du pays de Galles, de charbon, oui; même si  
25 on n'a pas beaucoup de mines de charbon, quand même

on... il y avait beaucoup d'intérêts dans les différentes maladies pulmonaires professionnelles à cet endroit-là; et j'ai complété par un autre six (6) mois dans un laboratoire de physiologie respiratoire, encore là, pour compléter la formation en physiologie respiratoire.

Me JOYAL:

Q- Je vous réfère maintenant à la page "Publication et résumé"; au cours du fil des dernières années, vous avez publié certains ouvrages; pourriez-vous nous expliquer, dans les grandes lignes, le texte qui est mentionné au paragraphe trois (3), à la première (lière) page des publications, de quoi ça traite.

R- Le troisième (3ième) article, là, "Cancer factor for carbon monoxide"?

Q- Oui.

R- Ah bon. C'est l'utilisation d'un des tests que l'on peut faire en laboratoire pour... et nous aider à diagnostiquer de façon plus précise certaines maladies pulmonaires, et nous aider également à en évaluer la sévérité de cette maladie... de ces maladies pulmonaires. Alors, le... on avait étudié ce qui pouvait arriver à ce... à l'utilisation de ces tests-là, particulièrement chez les patients qui étaient porteurs de maladie pulmonaire obstructive chronique; en fait,

c'était dans le cadre de la grande étude, Londres - Chicago, sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques, là, l'étude qui avait été menée par les professeurs Burroughs et Gilson... Fletcher et Burroughs.

Q- A la page suivante, la publication dix (10), je pense qu'on parle des mineurs de l'amiante. Pouvez-vous expliquer quel était le sujet du rapport préliminaire.

R- A cette époque-là, le Conseil des sciences du Canada avait été chargé par... mandaté par le gouvernement, d'étudier six (6) agents qui étaient susceptibles d'affecter la santé des individus; et on avait étudié, par exemple, à cette époque-là, le mercure; on avait étudié l'amiante; et dans la revision de la littérature sur ce que l'on connaissait à cette époque des dangers de l'amiante, de l'exposition à l'amiante pour la santé des humains, on leur avait demandé de reviser ce qui existait comme connaissances et d'en faire un rapport préliminaire pour être soumis au Conseil des sciences du Canada.

Q- Et la publication numéro quatorze (14)?

R- Alors, c'est que j'avais profité à ce moment-là de mon expérience avec des travailleurs, particulièrement les travailleurs des mines d'amiante; et pour regarder quelles étaient leurs habitudes tabagiques, au moment où

je les voyais et dans le passé; parce que je voulais tout simplement savoir si des individus, dont la santé pouvait être affectée par leur travail, quelle était l'attitude de ces gens, individus-là, vis-à-vis le tabagiste; et on sait que... et on savait, on a appris, on a confirmé, à ce moment-là, qu'il s'agissait d'individus chez lesquels le pourcentage de fumeurs était très élevé, de l'ordre de quatre-vingt-cinq pour cent (85%), si ma mémoire est bonne; et pour apprendre par la suite que ce pourcentage-là tombait aux environs de trente (30%) ou trente-cinq pour cent (35%); et on avait profité pour essayer de savoir quels étaient les motifs qui avaient incité ces individus-là, à cesser de fumer. Et la majorité des gens nous avait répondu que c'était des visites, et le fait de voir répéter des individus, lors d'examen d'expertise, qui, avec le temps, les avait convaincus à abandonner le tabac.

Q- A la page six (6), "Expérience de travail", est-ce que vous pourriez relater pour la Cour l'expérience de travail que vous avez dans le domaine de la pneumologie depuis mil neuf cent soixante-six (1966)?

R- Alors j'ai toujours... j'ai toujours travaillé dans des hôpitaux d'enseignement affiliés à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, et disons que mon travail a pris trois (3) facettes principales: à savoir

le soin des patients, l'enseignement de la médecine  
pulmonaire au chevet de ces patients-là, pour les  
étudiants de la Faculté de médecine; et troisièmement,  
le fonctionnement d'un laboratoire de fonctions  
respiratoires pour l'évaluation des maladies  
pulmonaires.

Alors ceci nous obligeait... quand j'ai commencé,  
par exemple, à l'Hôtel-Dieu, on était seulement deux (2)  
pneumologues pour répondre à la demande. Avec le temps,  
nécessairement, on n'a pas tardé à chercher de l'aide et  
à obtenir du recrutement; mais on était deux (2)  
personnes à ce moment-là pour voir aux soins des  
malades, répondre à la demande, et également de faire  
l'enseignement de cette discipline auprès des étudiants  
de la faculté; enseignement qui se faisait et à  
l'hôpital, et également au pavillon principal de la  
Faculté de médecine en ce qui concerne les sciences plus  
fondamentales, comme l'enseignement de la physiologie  
respiratoire. Dès dix-neuf cent soixante et huit  
(1968), je suis devenu responsable de l'enseignement de  
la physiologie respiratoire aux étudiants en médecine.

LA COUR:

Q- Si je n'avais pas lu votre curriculum vitae, j'aurais su  
tout de suite que vous étiez un professeur. Vous avez  
une voix docte et doctorale.

R- Merci, Monsieur le Juge.

Me JOYAL:

Q- Alors je comprends que vous exercez la médecine en  
pneumologie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont depuis mil  
neuf cent soixante-dix-huit (1978)?

LA COUR:

Soixante et huit ('68).

Me JOYAL:

Soixante-dix-huit ('78) à Maisonneuve-Rosemont.

LA COUR:

Ah, o.k.

R- C'est que compte tenu de la demande croissante dans ce  
domaine-là, dans le domaine des problèmes respiratoires,  
compte tenu du peu d'effectifs qui existaient dans la  
spécialité, bien... après avoir bâti une équipe que l'on  
considérerait comme étant très fonctionnelle à  
l'Hôtel-Dieu de Montréal, eh bien, il y avait cet autre  
hôpital dans l'est de Montréal, l'hôpital  
Maisonneuve-Rosemont, qui... en fait, je dis dans mon  
texte qu'il y avait deux (2) pneumologues, mais en fait  
il y avait un pneumologue et demi (1½) parce que l'autre  
n'était disponible qu'à cinquante pour cent (50%) de son  
temps, s'occupant d'autres... s'occupant d'autres  
activités.

Et c'est évident que, comme vous le savez, c'est

l'hôpital qui dessert la plus grosse population de l'île de Montréal, le Département de santé communautaire de Maisonneuve-Rosemont a sous sa juridiction la plus grosse population de l'île de Montréal. Alors c'est un secteur qui est très achalandé, c'est un secteur industriel également. C'est un secteur qui n'est pas particulièrement favorisé sur le plan socio-économique; alors il y avait énormément de besoins à ce niveau-là, et on m'a demandé si j'accepterais pas d'aller -- bien, je ne voudrais pas être trop pédant ici, là -- mais d'aller essayer de construire une équipe un peu plus volumineuse dans cette institution pour répondre à un besoin, qui, aussi avait, comme hôpital affilié à l'Université de Montréal, des responsabilités d'enseignement.

Alors j'ai pas voulu accepter le défi tout seul, je savais que ça serait trop lourd. J'avais... je connaissais un jeune pneumologue qui avait fait sa résidence avec nous à l'Hôtel-Dieu et qui était très compétent, à mon avis; alors je l'ai amené avec moi, et maintenant on est sept (7) pneumologues actifs à temps plein. Il y en a un (1) seul sur les sept (7) qui fait du bureau privé à l'extérieur de l'hôpital, et ceci pour environ trois (3) ou quatre (4) heures par semaine, et il y a de quoi nous occuper tous les sept (7) à plein





puisse poser un diagnostic précis sur ton problème,  
qu'on puisse te dire quoi faire pour tâcher d'améliorer  
ta situation."

5           Donc il s'agit essentiellement, en ce qui concerne  
le traitement des malades, il s'agit de poser un  
diagnostic le plus précisément possible, et ensuite  
d'offrir un traitement. Et nécessairement, quand vous  
êtes en face d'un malade, bien souvent le malade ne se  
contente pas de vous demander ce qu'il a et qu'est-ce  
10       qu'il y a à faire; il va vous demander: "Bien, mon  
problème, vous pensez... à quoi est-il dû, pensez-vous?  
Qu'est-ce qui va arriver?"

          Autrement dit, on nous demande d'élaborer sur  
l'étiologie, sur les facteurs précipitants. On nous  
15       demande quelles sortes d'exams on va utiliser pour en  
arriver à un diagnostic; donc il faut avoir des  
connaissances sur la kyrielle d'outils diagnostiques  
dont on peut disposer. Il faut être capable de leur  
dire, en autant que c'est possible, qu'est-ce qui va  
20       leur arriver également, parfois pas trop brutalement,  
parce que des fois la réalité est pas toujours très  
drôle -- mais quand même.

          Alors il s'agit de... vous avez tous été malades,  
vous avez tous certainement consulté un médecin; vous  
25       voulez savoir ce que vous avez; vous voulez savoir

qu'est-ce qu'il y a à faire. Vous voudriez savoir  
qu'est-ce qu'il faudrait faire pour pas que ça  
recommence; et vous voudriez savoir également qu'est-ce  
qui va arriver de vous, est-ce que ça va guérir, est-ce  
5 que ça va rester pareil, est-ce que ça va aller plus  
mal.

Alors ça c'est le soin des patients. Inutile de  
vous dire que le gros de notre clientèle à l'hôpital  
Maisonnette-Rosemont -- ça a fait la manchette des  
10 journaux assez souvent -- c'est une urgence qui est  
énorme, c'est une urgence qui est facilement débordée.  
Alors ça c'est un des aspects; mais il y a également des  
références à partir de nos cliniques externes  
hospitalières pour des problèmes moins urgents, moins  
15 critiques.

À côté de ces activités-là, il y a également la  
consultation à l'intérieur de l'hôpital; par exemple  
pour les chirurgiens qui ont à opérer une vésicule, ou  
une prostate, ou une vessie, ou un estomac, et qui ont  
20 un patient qui a des problèmes de toux, d'essoufflement,  
d'expectorations. Eh bien, ils voudraient s'assurer que  
ces gens-là soient vus avant et en post-opératoire pour  
pas qu'il y ait de complications; car, vous savez, les  
complications les plus fréquentes en post-opératoire  
25 sont pas les complications cardiaques, mais les

5

10

O-      Oui.

25

faire des infections respiratoires, puis est-ce que sa respiration est portée à être bruyante. Grossièrement, là, on s'attend à retrouver tous ces éléments-là quand on voit... C'est le minimum qu'on peut exiger dans un questionnaire.

Q- Excusez-moi, là, c'est parce que j'écrivais, là. Susceptibilité aux problèmes respiratoires; et l'autre, c'est quoi?

R- Aux infections, Monsieur le Juge. Aux infections respiratoires.

Q- Et puis l'autre, après?

R- L'autre: est-ce que la respiration est bruyante? Ces gens-là sont portés à siler, ou comme les gens disent, à "râler".

Q- Le langage populaire n'est pas toujours...

R- Pas toujours mauvais, hein?

Q- Non.

R- D'ailleurs, Professeur Laënnec avait dit, avait décrit les bruits anormaux de la respiration comme étant des râles.

Q- Les huit (8) sont... est-ce que "Susceptibilité" est le huitième (8ième)?

R- Ah non... neuvième (9ième).

Q- Alors, j'ai le tout, les expectorations et le ...

R- Les hémoptysies.

Q- J'ai marqué "crachat de sang", je me comprenais ...

R- Les douleurs thoraciques.

Q- Oui, l'essoufflement.

R- L'essoufflement.

5 Q- L'oedème en périphérie.

R- La difficulté à se coucher à plat, ce qu'on appelle de l'orthopnée; et, j'ai peut-être oublié de vous mentionner c'est la dyspnée paroxystique nocturne.

Q- Dyspnée paroxystique nocturne. Je sais ce que sais.

10 R- Dyspnée paroxystique nocturne: des gens qui s'éveillent en pleine nuit parce qu'ils étouffent.

Q- C'est ça.

R- Ils sont obligés de s'asseoir sur le bord du lit, là.

Me JOYAL:

15 Q- Quelles sont les grandes maladies qui sont... les maladies les plus fréquentes qui sont le pain quotidien de pneumologues à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont?

R- Alors les... si on prend, si on fait exception...

Me PINSONNEAULT:

20 Excusez-moi, Votre Seigneurie, est-ce qu'on a commencé l'interrogatoire, là, je voudrais juste...

Me JOYAL:

Non. Simplement pour établir son expertise dans le domaine de la pneumologie, Votre Seigneurie.

25

LA COUR:

Il y a des chances que ça touche les poumons.

R- Vous savez, Monsieur le Juge, on est obligé de temps à autre, également, de faire de l'enseignement de la médecine interne pour les plus jeunes étudiants, mais  
5 disons que ça représente pas notre principal secteur d'activités. Les maladies les plus fréquentes à l'heure actuelle demeurent la maladie pulmonaire obstructive chronique, bronchite chronique et emphysème, l'asthme,  
10 l'asthme bronchique, le cancer du poumon, et les infections respiratoires sérieuses; par ceci, je veux dire la broncho-pneumonie et la pneumonie. Ce sont certainement les choses les plus fréquentes. Maintenant, à côté de ça, comme je vous disais tantôt, la  
15 pneumologie est assez variée, et il y a d'autres pathologies importantes et ...

LA COUR:

Vous avez dit la broncho-pneumonie et quoi?

R- Et la pneumonie.

20 Q- O.K. Et l'autre, la maladie... vous l'appellez comment la maladie pulmonaire obstructive chronique?

R- Qui comprend habituellement la bronchite chronique et l'emphysème.

Q- Je comprends.

25 R- Qui sont des divisions.

Q- C'est parce que depuis deux (2) jours, j'écris en anglais, "cold" ou COPD... j'essaie de me trouver une autre manière de le résumer.

R- Nous on dit MPOC.

5 Q- Alors, je vais prendre le sigle MPOC. O.K.

Me BAKER:

None of us will ever be able to tell anybody anymore that we have a common cold.

Me JOYAL:

10 Votre Seigneurie, je pense que je vais suggérer au professeur Pivot, la prochaine dictée va porter sur un sujet médical.

Q- J'aimerais vous ramener, vous reporter à la page deux (2) de votre curriculum vitae. Vous nous avez déjà  
15 relaté que vous êtes professeur à l'Université de Montréal; je note que depuis le mois de janvier mil neuf cent soixante-dix-neuf (1979), à aujourd'hui, vous êtes président du Comité d'expertise en maladies pulmonaires. Pourriez-vous nous expliquer qu'est-ce que le Comité  
20 d'expertise en maladies pulmonaires professionnelles de la C.S.S.T. du Québec,

R- Alors, pour essayer de parler en termes, un petit peu plus juridiques -- j'espère ne pas m'enfarger là.  
Surtout depuis la nouvelle loi 42, eh bien les comités  
25 de maladies pulmonaires professionnelles ont... émettent

- une opinion sur cinq (5) aspects: à savoir est-ce que l'individu est porteur d'une maladie pulmonaire professionnelle? S'il en est porteur d'une, est-ce que ça mérite une compensation financière? et quel est le
- 5       taux de cette compensation financière? Troisièmement, s'il est porteur d'une maladie pulmonaire professionnelle, est-ce qu'il peut continuer à oeuvrer dans le même domaine, ou s'il doit être retiré de son travail? Autrement dit, quelle est sa tolérance au
- 10       contaminant? C'est de même que c'est décrit dans la loi. Si par hasard, on devait réadapter cet individu à un autre travail, qu'est-ce qu'il serait capable de faire? Donc, est-ce qu'il existe pour cet individu-là, des limitations fonctionnelles? Et finalement, on
- 15       ajoute: est-ce qu'il existe des conditions médicales associées qui fait que la santé de cet individu-là pourrait être affectée?
- Q-     Bon. Le Comité spécial des présidents pour les maladies pulmonaires professionnelles, qu'est-ce que c'est?
- 20     R-   Alors, dans la province de Québec, il existe, depuis environ une dizaine d'années, quatre (4) comités de maladies pulmonaires professionnelles: deux (2) à Montréal, un (1) à Québec et un (1) à Sherbrooke, sur lesquels, siègent... c'est différent un peu des autres
- 25       maladies professionnelles ou des autres accidents de



travail: ce sont des comités; et sur ces comités siègent  
trois (3) pneumologues, dont un (1) est président.  
Alors les présidents des quatre (4) comités se  
réunissent environ une (1) fois par mois. Actuellement,  
5 depuis quelques années, ça se fait toujours au Bureau de  
l'arbitrage médical à Québec; et on revoit, à ce  
moment-là, tous les dossiers des patients ou des  
travailleurs qui ont été examinés par les quatre (4)  
comités à travers la province.

10 Alors, si moi, dans mon comité, j'ai vu un cas  
d'amiantose; quand je vais à la réunion du comité des  
présidents, je présente ce cas d'amiantose aux trois (3)  
autres présidents qui, eux, doivent se prononcer sur les  
mêmes éléments que ceux que j'ai mentionnés tantôt, en  
15 conclusion d'expertise; et les trois (3) autres  
individus, les trois (3) autres présidents entérinent  
notre diagnostic et nos conclusions, ou les rejettent, ou  
les modifient. Mais le président qui présente le cas à  
ses trois (3) autres confrères n'a pas le droit de vote  
20 et c'est... ce sont les trois (3) autres qui viennent  
poser ou émettre une opinion sur ces individus-là.

Ce qui fait que depuis une dizaine d'années toutes  
les réclamations pour problèmes pulmonaires  
respiratoires professionnels, bien, je peux dire que je  
25 les ai vus -- sauf pour les quelques comités que

j'aurais pu manquer pour différentes raisons -- mais on les revoit tous; et il ne s'agit pas uniquement de dossier d'individus vivants, mais également de dossiers de travailleurs décédés, où, après le décès, on s'est demandé s'il y avait des relations entre les causes de décès de cet individu-là et son travail antérieur.

Q- Toujours à la page deux (2), je note:

"1987-1990: Président du Conseil canadien sur le tabagisme".

Pourriez-vous nous expliquer qu'est-ce que le Conseil canadien sur le tabagisme?

R- Le Conseil canadien sur le tabagisme a été fondé en dix-neuf cent soixante et quatorze (1974), et c'est un organisme qui a été fondé principalement pour regrouper les énergies des individus qui étaient intéressés à connaître et à poser des gestes en ce qui concerne les dommages à la santé qui auraient pu être causés par le tabac.

Cet organisme-là réunit donc les principales agences volontaires de santé qui existent au pays, mais également de nombreuses associations professionnelles dont je pourrai vous fournir la liste si vous le désirez; et c'était de façon à éviter la duplication, les pertes d'énergie, de façon à s'assurer qu'il y avait une bonne concertation. Par exemple, de ne pas

avoir la Société canadienne du cancer poser des gestes ou lancer des programmes d'éducation alors que l'Association pulmonaire du Canada faisait la même chose; s'assurer que l'Association médicale canadienne poserait des gestes qui viendraient dédoubler ce qui est fait par l'Association des pharmaciens du Canada.

Alors c'est un organisme qui a pour but principalement de faire de la concertation dans les différentes activités qui sont reliées à l'étude des problèmes de santé qui peuvent être en relation avec le tabagisme. Alors les principales activités du Conseil canadien portent essentiellement sur l'éducation; et d'ailleurs, au niveau du Conseil canadien, en général, les représentants des grands organismes de santé qui viennent siéger sur le Conseil canadien sont en général des directeurs exécutifs de ces grandes associations ou plutôt les directeurs de l'éducation. De l'éducation en santé de ces grands organismes.

Q- Et je comprends que le Conseil canadien a comparu devant le Comité parlementaire qui étudiait C-51.

Pourriez-vous dire à la Cour qui a comparu devant le Comité parlementaire, pour le Conseil canadien?

R- Le directeur exécutif du Conseil canadien était là, et j'étais également présent comme témoin à cette commission parlementaire sur le projet de loi C-51.

Me JOYAL:

Votre Seigneurie, j'ai pas d'autres questions. Je  
voudrais déposer sous la cote AG-160 le c.v. du docteur  
Gaston Ostiguy, et je vous demanderais de le reconnaître  
5 comme expert, mais je vois que mon collègue se lève,  
alors il a probablement des questions.

Me PINSONNEAULT:

Avec votre permission, Votre Seigneurie.

LA COUR:

10 Tout à fait.

CONTRE-INTERROGÉ PAR Me MICHEL A. PINSONNEAULT,  
pour la requérante RJR-Macdonald Inc.:

Q- Juste quelques questions, docteur Ostiguy. Alors si je  
15 comprends bien, depuis mil neuf cent soixante et un  
(1961) vous oeuvrez essentiellement... et votre  
spécialité est essentiellement celle de la médecine  
respiratoire et pulmonaire, n'est-ce pas?

R- Essentiellement, oui.

20 Q- Avez-vous fait quelque étude que ce soit, ou écrit  
quelque publication que ce soit, sur le niveau de  
connaissance des Canadiens vis-à-vis le tabac et la  
santé?

R- Non, non, non.

25 Q- Avez-vous fait quelque étude que ce soit ou avez-vous un

degré de spécialisation dans le domaine de

l'épidémiologie?

R- Non, je ne suis pas un épidémiologiste, mais vous allez  
comprendre avec moi que lorsque l'on se familiarise avec  
une maladie quelconque, il est bon d'avoir des notions  
sur l'importance de cette maladie-là. Comme on le dit  
le plus souvent aux étudiants en médecine: "Quand vous  
êtes devant un problème de santé, il faut commencer par  
penser aux choses les plus fréquentes avant de penser  
aux choses les plus rares." Et ça c'est le fruit de  
deux (2) choses.

Ça peut être le fruit de l'expérience personnelle, comme  
ça peut être le fruit également de nos lectures et de  
nos contacts avec des épidémiologistes.

Donc je pense que voir un cas d'emphysème, voir un  
cas de cancer du poumon, sans avoir aucune idée de  
l'incidence de ce problème de santé dans notre milieu,  
ou à l'échelle nationale ou internationale, ça serait  
être très incomplet.

Q- Donc vous n'êtes pas épidémiologue, et votre  
connaissance à ce niveau-là se limite à la lecture de  
publications sur le sujet, à rencontrer évidemment  
des...

R- Oui.

Q- ... des patients?

R- Mais comme j'avais l'occasion de le mentionner tantôt, je ne suis pas sans réaliser que dans notre pratique quotidienne, les problèmes que l'on rencontre le plus souvent sont d'un certain ordre; et comme je le mentionnais tantôt, le cancer du poumon, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, les infections respiratoires sont des problèmes que l'on rencontre très très très fréquemment, à tous les jours. Alors si notre expérience personnelle quotidienne venait en contradiction avec ce que l'on peut lire en épidémiologie, ou au contact des épidémiologistes, on se poserait des questions.

Q- Um-hm.

R- Il ne semble pas y avoir de contradictions à venir jusqu'à date.

Q- Avez-vous fait des études spécialisées, ou obtenu un certificat de spécialisa... de spécialiste, excusez-moi, en obstétrique ou en pédiatrie?

R- J'ai fait... j'ai fait mon cours de médecine, et comme tout médecin qui gradue, on a un... on doit acquérir et on doit passer des examens dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie, ce qui nous donne un certain nombre de connaissances dans ce domaine-là. Mais depuis que je suis en pratique médicale, à part de voir des enfants qui auraient des problèmes respiratoires --

et ceci, je n'en vois pas beaucoup, je laisse ça à d'autres confrères -- et à part de voir des femmes enceintes, ou des femmes qui viennent d'accoucher, qui ont des problèmes respiratoires, eh bien c'est là que se limite mon expérience.

Q- Oui, mais vous les traitez au niveau, évidemment, respiratoire?

R- Oui.

Q- Et non pas au niveau, si je peux dire, de l'obstétrique ou de la pédiatrie?

R- C'est ça.

Q- Est-ce que vous avez quelque expertise que ce soit, ou avez-vous publié quoi que ce soit sur la question de dépendance? Et là, le mot "dépendance", j'utilise similairement le mot "addiction".

R- Non, comme je le mentionnais tantôt, je suis primordialement un professeur clinicien, donc mes sphères d'activité sont essentiellement le soin des malades et leur diagnostic, et l'enseignement aux étudiants sous-gradués et post-gradués qui viennent... qui viennent faire des stages dans nos hôpitaux. Je pense que, comme disait un de mes anciens professeurs: il faut pas essayer d'être bon dans cinq (5) sphères différentes. Qu'on essaie de l'être compétent dans deux (2) sphères et ça va être correct.

LA COUR:

Q- En anglais, on dit: "Jack of all trades..."

R- "Jack of all trades, master of none".

Q- "... master of none".

5 Me PINSONNEAULT:

Q- Donc la réponse à ma question serait non?

R- Je ne suis pas un fondamentaliste du tout dans le domaine de la dépendance ou de l'addiction, non.

10 Q- Non? Dans le domaine de la santé publique, avez-vous un degré d'expert ou spécialiste dans ce domaine-là?

R- Non. Non plus.

Q- Tout à l'heure, maître Joyal a mentionné que vous aviez comparu devant la Commission parlementaire qui siégeait relativement au projet de loi C-151; je vais vous  
15 montrer... c'est déjà produit sous la cote AG-142 mais j'ai des extraits pour vous.

LA COUR :

Excusez-moi, c'est AG quoi ?

Me PINSONNEAULT :

20 142-C.

LA COUR :

142-C. O.K.

Me PINSONNEAULT :

Vous en avez une copie ?

25



LA COUR :

C'est tout à mon bureau, ça, alors...

Me PINSONNEAULT :

C'est pour ça qu'on a fait des copies parce que...

5 Q- Alors c'est... est-ce bel et bien votre... la  
transcription de votre témoignage devant cette  
commission ?

R- Je pense que oui, oui.

Q- Bien, voulez-vous vous assurer que c'est ça.

10 R- Oui.

Q- C'est ça ?

R- Um-hum.

Q- Bon.

R- Oui.

15 Q- Je vous réfère à la page 22:8, là, O.K., celle-ci ?

0063/20 R- Oui.

Q- L'avant-dernier paragraphe, au milieu, et vous dites:

"Je ne suis pas un expert en publicité mais je  
crois qu'il s'agit d'une affaire de gros bon  
20 sens."

Est-ce que depuis ce temps-là vous avez acquis une  
expertise dans le domaine de la publicité ?

R- Je n'allais pas témoigner devant la Commission  
parlementaire en tant que publici... comme compétence en  
25 marketing ou en publicité, j'allais là à titre de

médecin, j'allais là à titre d'un individu qui voit quotidiennement des problèmes respiratoires, et qui vit les deux pieds sur la terre, comme tout le monde, entre vous j'espère, et qui voit ce qui se passe autour de lui; et si je joins cette expérience clinique que j'ai à ma vie quotidienne de citoyen, je témoignais à ce titre-là.

Q- Pouvez-vous répondre à ma question, s'il vous plaît : est-ce que vous êtes devenu un expert en publicité depuis le vingt et un (21) janvier mil neuf cent quatre-vingt-huit (1988) ?

R- Je ne suis pas devenu un expert en publicité; je ne voudrais pas le devenir non plus.

Q- Et vous ne l'êtes pas ?

R- Non, je ne pense pas, non. Ça dépend; qu'est-ce que vous appelez comme expert en publicité ?

Q- Domaine de la publicité commerciale.

R- Ça veut dire quoi, ça ?

LA COUR :

Q- Technique de marketing, mise en marché ...

Me PINSONNEAULT :

Q- Conception.

LA COUR :

Q- Avez-vous fait des études particulières en... je comprends, mais il faut le dire, là, parce que vous

témoignez.

Me JOYAL :

Q- Non, non, il faut que ce soit sur la transcription,  
docteur Ostiguy.

5 LA COUR :

Q- On ne s'attendait pas à ce que vous disiez oui.

Me PINSONNEAULT :

Q- Alors, est-ce que vous avez répondu ?

R- Non non...

10 Q- C'est non.

R- Dans ce contexte-là: pas du tout.

Q- Bon. Si je comprends bien, vous avez, à la toute fin de  
votre témoignage, tout à l'heure avec maître Joyal, vous  
avez mentionné le Conseil canadien sur le tabagisme et  
15 la santé. Vous êtes un membre fondateur de ce conseil,  
n'est-ce pas ?

R- Oui.

Q- C'est ce que vous mentionnez, de fait, à la page six (6)  
de votre rapport.

20 R- Um-hum.

Q- O.K. Si on regarde, encore une fois à la même page,  
22:8, au troisième paragraphe, je lis :

"J'ai donc été très heureux de m'associer dès  
sa fondation au Conseil canadien sur le  
25 tabagisme et la santé qui ralliait et continue

de rallier les efforts d'organismes bénévoles puissants, des sociétés professionnelles et scientifiques, mais aussi d'individus.

Ce fut d'ailleurs jusqu'à tout récemment le seul organisme national ouvert à des individus s'intéressant à la lutte antitabagique."

Est-ce qu'on peut raisonnablement décrire le Conseil canadien comme étant un organisme qui, justement, se prête à une lutte antitabagique ?

R- Je ne sais pas si vous définissez le terme "lutte antitabagique" de la même façon que je l'ai écrit ou que je l'ai défini...

Q- Mais vous l'avez dit, ça ?

R- Oui, oui, mais il faudrait bien s'entendre sur les termes, là; il ne s'agit pas de partir en guerre avec des fusils; d'ailleurs, je le dis et je le répète, je n'ai rien contre les fumeurs, hein; nous en avons contre le produit qui, à notre avis et selon notre expérience, rend les gens malades.

Alors, quand je dis "lutte antitabagique", je veux dire des activités qui ont pour but d'éduquer les gens et de les aider à abandonner cette habitude de fumer; et en ce qui concerne ma clientèle et mes patients, une habitude qui les a rendus malades, hein; et comme on sait qu'il y a un bon nombre d'individus qui sont

devenus malades à cause du tabac, eh bien on veut aider les gens à ne pas prendre cette habitude de fumer.

Q- Mais pour vous, ça constitue une lutte au sens figuré?

R- C'est ce que dans notre tête, c'est ce que dans mon  
5       texte, je voulais dire par "lutte antitabagique", oui.

Q- O.K. Vous êtes encore le président de ce conseil, le  
Conseil canadien ?

R- Oui. Bien c'est-à-dire qu'au début, en soixante et  
quatorze ('74), j'avais été délégué par l'Association  
10       des médecins de langue française comme le représentant  
pour participer à la fondation de ce Conseil canadien;  
et depuis trois (3) ans maintenant, au moment où j'ai  
préparé le texte, j'en étais à ma deuxième année de  
présidence, mais là maintenant, je dois dire que j'en  
15       suis à ma troisième année de présidence.

LA COUR :

Q- Alors, vous êtes encore président ?

R- Oui.

Me PINSONNEAULT :

Q- N'est-il pas exact que le Conseil canadien est  
20       subventionné par le gouvernement canadien ?

R- Le gouvernement canadien, comme on dit en anglais,  
"match" dollar pour dollar les sommes qui sont investies  
dans le Conseil canadien par les grands organismes de  
25       santé.

Q- Dans votre rapport à la page six (6), vous mentionnez...  
et je vais vous le lire :

"J'ai donc été très heureux de m'associer dès  
le départ aux campagnes anti-tabac"

5 Vous n'avez pas changé votre idée depuis le temps que  
vous avez préparé ce rapport-là ?

R- Non.

Q- O.K. Et vous dites :

"A chaque année..."

10 R- Je n'ai pas l'intention de changer d'idée non plus.

Q- Bon.

"A chaque année en janvier, je me suis libéré  
de mes tâches hospitalières pour rester  
disponible durant la campagne annuelle  
15 anti-tabac, à savoir la semaine des  
non-fumeurs. Mon implication ne s'est jamais  
démentie. Je n'ai jamais manqué l'opportunité  
de donner des conférences ou de répondre à des  
interviews pour les médias d'information, tant  
20 écrits qu'électroniques, chaque fois qu'on  
avait l'obligeance de faire appel à mes  
services."

Vous n'avez pas changé d'idée là-dessus ?

R- Non, pas du tout, je l'ai encore fait cette année, oui.

25 Q- O.K. Ça, c'est pour...

LA COUR :

Q- C'est ce que je portais pour dire: il me semblait que je  
vous avais lu dans les journaux tout récemment; ou  
j'avais lu des journaux qui rapportaient vos propos,  
5 même durant... même si la cause est "sub judice".

Me PINSONNEAULT :

Q- Quand on parle de rapporter vos propos, vos propos ne  
sont-ils pas...

Me JOYAL :

10 Votre Seigneurie, avec votre permission, je voudrais pas  
bousculer mon confrère mais on est rendu à l'interroger  
sur son rapport, on ne l'a pas encore qualifié comme  
expert; je ne sais pas si mon collègue attaque ses  
qualifications professionnelles, mais si on est pour  
15 tomber dans le rapport, je suggérerais peut-être qu'on  
attende au contre-interrogatoire sur le rapport, qu'on  
termine le contre-interrogatoire sur les qualifications  
du docteur Ostiguy.

Me PINSONNEAULT :

20 Bon. Premièrement, Votre Seigneurie, je vous sou mets  
respectueusement que sur les qualifications, je termine  
-- je veux le dire à l'avance -- mais ce sur quoi je le  
questionnais, c'est dans le chapitre qu'il a intitulé  
lui-même "Rappel historique et implication de l'auteur  
25 dans la lutte antitabagique".

Evidemment, je vous soumetts que c'est pertinent à l'heure actuelle, et de toute façon je n'ai que quelques questions à ce sujet-là.

Q- Alors, je ne crois pas que vous ayez répondu à ma  
5 dernière question.

R- Auriez-vous l'obligeance de la répéter, s'il vous plaît.

Q- Oui, bien c'est ça, là, j'essaye de me rappeler.

Me BAKER :

This is going to be an interesting afternoon.

10 LA COUR :

C'était son implication de la semaine des non-fumeurs, avant que je l'interrompe...

Me PINSONNEAULT :

Ah, vous aviez parlé...

15 LA COUR :

... que je vous interrompe.

Me PINSONNEAULT :

... de ses propos et c'était : n'est-il pas exact que c'était pour dénoncer... les propos que vous tenez  
20 lorsque vous avez des conférences et des interviews dans les médias d'information, c'est pour dénoncer les produits du tabac ?

R- C'est pour parler effectivement des dommages à la santé que l'on voit régulièrement et qui, à mon avis, sont  
25 causés par l'utilisation du tabac, oui.



Q- O.K. Je vais vous demander une dernière question; on va regarder à la page 22:9 de votre rapport...

LA COUR :

Pas le rapport, le témoignage devant le Comité...

5 Me PINSONNEAULT :

... pas le rapport, votre... votre témoignage, c'est ça, devant la Commission.

Q- Quatrième paragraphe, la dernière phrase du quatrième paragraphe:

10 "Ce serait irresponsable, pourne pas dire  
criminel, de laisser l'industrie du tabac  
faire de la publicité sur un produit reconnu  
comme dommageable, créant la dépendance. Le  
Conseil canadien est heureux de constater que  
15 nos législateurs ont enfin décidé de  
s'attaquer à cette pandémie. Leur décision  
favorable quant au projet de loi C-51 aura des  
répercussions historiques et certainement des  
répercussions internationales."

20 Partagez-vous toujours cette opinion?

R- Oui. Monsieur le Juge, permettez-moi d'ajouter que  
quand j'ai produit ce texte-là devant la Commission  
parlementaire sur la loi C-51, je devais également  
m'exprimer au nom du Conseil canadien sur le tabagisme  
25 et la santé qui... dont fait partie... pas uniquement

des médecins en pratique privée, mais également toutes  
sortes de gens avec différentes compétences, et  
particulièrement des gens qui sont formés, et bien  
formés dans le domaine de l'éducation sanitaire.

5 Me PINSONNEAULT:

Alors, Votre Seigneurie, j'ai terminé mes questions. Je  
voudrais, disons à l'instar du cas... de l'objection que  
j'avais faite avec le docteur Beauchamp, reformuler  
encore une objection quant au --et je le dis avec  
10 respect évidemment pour le témoin et sans attaquer du  
tout sa compétence au niveau de la médecine pulmonaire,  
-- mais son rapport qui va être produit par mes  
confrères est truffé d'opinions et d'allégations  
formulées par le témoin sur des champs qui excèdent sa  
15 compétence, ou son expertise, et dans cet objectif nous  
vous demanderions de bien vouloir... nous nous objectons  
plutôt à la... à ce témoin comme étant un témoin,  
peut-être qualifié à certains égards, mais de par son  
témoignage et de par ce qu'il écrit dans ce rapport-là,  
20 il est clairement un témoin qui n'est pas impartial.

Et encore une fois avec respect pour le témoin, et  
sans attaquer du tout son expertise dans le domaine de  
la médecine pulmonaire, son rapport, dans l'ensemble,  
constitue simplement un plaidoyer qui est un peu l'écho  
25 de ce qui a été formulé par ce témoin-là devant la

Commission parlementaire. Alors sur cette base-là, nous vous demandons de bien vouloir rejeter le rapport en entier.

21/0115

LA COUR:

5

C'est ce qu'on appelle un "long shot", ça. Alors je vais prendre votre objection sous réserve quant à la production du rapport; et quand il sera produit, je noterai votre objection, que je prendrai encore sous réserve. Et quant aux reproches au niveau de

10

l'impartialité du témoin, ça touche sa crédibilité, et ce serait prématuré d'en décider aujourd'hui. Alors je vous reconnais, docteur Robitaille, comme un expert...

Me JOYAL:

Ostiguy.

15

Me BAKER:

Ostiguy, Votre Seigneurie. C'est mercredi... jeudi, Robitaille.

LA COUR:

D'autant plus que le docteur Robitaille est une femme.

20

C'est le docteur Michèle.

Me JOYAL:

Elle est là, Votre Seigneurie, puis elle est très contente d'avoir été reconnue comme expert.

LA COUR:

25

Ah bon. J'ai lu votre rapport. Il me revient tout le

temps à la tête. C'est plus fort que moi. Alors,  
docteur Ostiguy, je vous reconnais comme expert dans  
votre champ de compétence particulier. Alors il serait  
peut-être temps de prendre un ajournement pour permettre  
5 au juge de retrouver ses esprits. Dix (10) minutes.  
SUSPENSION DE LA SÉANCE.

LA COUR:

Je voudrais juste peut-être rajouter à mes observations  
10 de tout à l'heure sur l'objection de maître  
Pinsonneault, l'article 295 du Code de procédure civile:

"Toute personne est apte à déposer en justice,  
sauf si, en raison de sa condition physique ou  
mentale -- c'est pas votre cas -- elle n'est  
15 pas en état de rapporter des faits dont elle a  
eu connaissance; et toute personne apte à  
déposer peut être contrainte de le faire. La  
parenté, l'alliance, l'intérêt -- c'est ce que  
vous me soulevez, l'intérêt -- peuvent être  
20 causes de reproches contre un témoin, mais  
seulement quant au degré de crédibilité de son  
témoignage."

Il me semblait que j'avais déjà vu ça à quelque part.  
Allez-y.

INTERROGÉ PAR Me CLAUDE JOYAL,

pour l'intimé:

Q- Docteur Ostiguy, pour reprendre le rapport intitulé  
"Dommages à la santé respiratoire et décès par maladies  
pulmonaires causés par l'usage du tabac"; je vous réfère  
en premier lieu à la page quatre (4). Vous avez votre  
exemplaire, Votre Seigneurie. Au paragraphe 2, la  
troisième avant-dernière ligne, vous mentionnez:

"J'ai été le premier médecin québécois à  
utiliser un Vestimask."

Pouvez-vous m'expliquer qu'est-ce que c'est, un  
Vestimask?

Me PINSONNEAULT:

Un Ventimask.

Me JOYAL:

Q- Un Ventimask. Un Ventimask.

R- Je pense que tout le monde a entendu parler dans le  
passé qu'il y avait certains malades qui, durant leur  
transport à l'hôpital, ou encore à leur arrivée à  
l'hôpital, se voyaient administrer de l'oxygène; et  
contrairement à toute expectative, bien ces gens-là  
mouraient. C'est qu'on n'avait pas réalisé que  
l'oxygène, c'est comme n'importe quel autre médicament,  
ça doit être administré et dosé. Il y a une quantité,  
une concentration d'oxygène qui peut être permise. Chez

certaines individus, ça importe peu, mais pour d'autres... insuffisants respiratoires, souvent, pour simplifier les choses, leur respiration est stimulée par le manque d'oxygène; et si on en donne trop d'oxygène à ces gens-là, eh bien, ils vont tout simplement arrêter de respirer et ils vont mourir.

Alors le Ventimask était un appareil qui avait été inventé justement par le professeur Campbell en Angleterre pour justement pouvoir administrer à ces insuffisants respiratoires, qui sont très sensibles à l'oxygène, une concentration d'oxygène qui serait suffisante pour corriger le trop grand manque d'oxygène, la trop grande hypoxémie, et sans précipiter le coma respiratoire.

Alors c'est quelque chose qui nous permet de pouvoir corriger ce manque d'oxygène, qui est trop important, sans les précipiter en coma respiratoire, sans les acheminer vers le décès, et surtout sans avoir à ce qu'on appelle les intuber et les mettre sur un respirateur mécanique. Parce que très souvent, quand un pulmonaire chronique tombe en insuffisance respiratoire, il y a un facteur précipitant qui l'a conduit à cette situation-là, et si on a... si on se donne un vingt-quatre (24), quarante-huit (48) ou soixante-douze (72) heures, on peut à ce moment-là corriger le facteur

précipitant et le sortir de la situation aiguë. Alors c'est un appareil qui avait été inventé et que l'on ne connaissait pas ici dans notre milieu. C'était assez nouveau à ce moment-là.

5 Q- A la page dix (10) de votre rapport, docteur Ostiguy, le dernier paragraphe, la huitième (8ième) avant-dernière ligne, vous réferez à:

10 "Entre le sept (7) et le vingt et un (21) novembre mil neuf cent quatre-vingt-huit (1988), j'ai constaté cinq (5) décès par cancer du poumon, tous des fumeurs."

Avez-vous une raison particulière pour avoir choisi cette semaine-là?

15 R- Non. Si vous vous souvenez, c'était à l'époque où on avait beaucoup de pression, là, pour produire des rapports le plus rapidement possible, parce que la cause devait être entendue très bientôt à ce moment-là; alors ça correspondait au travail, aux charges clinique que j'avais à ce moment-là; et je les ai décrites. Au  
20 moment où on m'avait demandé de commencer à rédiger le rapport. Qui a été corrigé plusieurs fois depuis ce temps-là, maître Joyal.

LA COUR:

25 Quelle est la date du rapport, incidemment?

Me JOYAL:

Ça date de juillet, Votre Seigneurie, il y a pas de  
date, je pense, mais ç'a été envoyé en même temps que...  
le vingt-cinq (25) zéro sept (07) quatre-vingt-neuf  
( '89), c'est en date ...

LA COUR:

O.K. Vingt-cinq (25) juillet.

Me JOYAL:

... à la page trente-deux (32).

LA COUR:

Je ne me souviens pas qui vous pressait comme ça, mais  
en tout cas ...

Me JOYAL:

C'est moi, Votre Seigneurie.

Q- A la page douze (12), le deuxième (2ième) paragraphe,  
vous parlez d'administrer deux cents (200) milligrammes  
de morphine matin et soir. Pourriez-vous me donner un  
exemple pour que je comprenne à quoi correspond une dose  
de deux cents (200) milligrammes de morphine?

R- C'est des bonnes doses, là, vous feriez un bon "trip"  
avec ça. Si vous vous brisez une jambe en ski, vous  
avez la jambe dans le plâtre; si vous êtes opéré pour  
une hernie; après une opération pour la vésicule  
billaire, habituellement, on va donner quinze (15)  
milligrammes sous-cutané; et en général ce sont des doses



qui sont suffisantes pour soulager la douleur.

Naturellement ici, c'est de la morphine qui est donnée, qui est donnée par la bouche, donc c'est peut-être un petit peu moins efficace que par injection, mais c'est quand même des doses qui sont une dizaine de fois plus importantes que celles qu'on donne pour soulager la douleur à la suite de chirurgie mineure ou de traumatisme, comme je l'ai mentionné tantôt.

Q- Le docteur Beauchamp a témoigné lundi; pourriez-vous nous expliquer quelle est la différence de travail en ce qui a trait à un pneumologue relativement au cancer du poumon par rapport à un chirurgien thoracique comme le docteur Beauchamp?

R- Bien il est... la différence est de deux (2) ordres: elle vient du fait que souvent l'individu qui consulte un pneumologue a bien souvent vu un autre médecin, qui a décelé des anomalies, et qui voudrait avoir une opinion diagnostique certaine sur l'anomalie qui existe. Donc, ça implique une certaine démarche diagnostique. Alors, il va... il peut référer le patient pour, justement, qu'on puisse documenter ce diagnostic; et comme on vous l'a probablement dit très souvent... et malheureusement, il y a relativement peu d'individus, chez lesquels on a posé le diagnostic de cancer du poumon, qui ont des tumeurs qui sont résécables. ce qui veut dire que si

vingt pour cent (20%) des patients peuvent se rendre à la chirurgie, il y en a quatre-vingt pour cent (80%) qui ne s'y rendent pas. Il reste que quand même, ces gens-là, on doit s'en occuper; ils sont malades; ils ont des symptômes; on peut parfois leur offrir d'autres formes de traitement, comme la radiothérapie, ou la chimio-thérapie, mais indépendamment de ces modalités thérapeutiques, il vont... il va rester que ces individus-là vont être souffrants, ces individus-là peuvent avoir des difficultés digestives, ces gens-là peuvent avoir des problèmes neurologiques, ils peuvent développer une foule de symptômes; peuvent se sentir très faibles... j'ai pas vu beaucoup de cancéreux mourir très vigoureux. Alors, ces gens-là ont besoin de quelque'un pour répondre à leurs besoins, soulager les symptômes, à mesure que les symptômes vont apparaître; et comme vous le savez, la très grande majorité des cancers du poumon ne survivent pas à cinq (5) ans; et la très grande majorité des cancers du poumon meurent même à l'intérieur de deux (2) ans. Eh bien, et comme dans notre société à l'heure actuelle, la majorité des gens viennent mourir à l'hôpital, bien ça prend quelque'un pour s'en occuper, et c'est notre rôle.

Alors, notre rôle se situe donc à deux (2) niveaux: au niveau du diagnostic et au niveau du traitement, du

"follow-up", du suivi.

Q- A la page dix-sept (17) de votre rapport, le dernier  
paragraphe au bas de la page, l'avant-dernière phrase,  
vous référez à des accidents vasculaires thrombotiques,  
5 dont sont victimes de jeunes femmes; et vous terminez en  
disant:

"Et j'ai vécu de tels événements."

Pourriez-vous expliquer qu'est-ce que vous avez voulu  
dire en mentionnant "Et j'ai vécu de tels événements"?

10 R- Bon. Vous avez probablement tous entendu parler que,  
pour les dames qui prennent des anticonceptionnels, on  
leur conseille, en général, de ne pas fumer; parce que  
ça favorise les accidents, la formation de caillots;  
particulièrement au niveau veineux, mais également au  
15 niveau artériel. Alors, ce que j'ai voulu dire, c'est  
que étant à la salle d'urgence, ça m'est arrivé, à plus  
d'une occasion, de recevoir une jeune dame de vingt-cinq  
(25), trente (30) ans, qui prenait des  
anticonceptionnels, et qui arrivait avec une grosse  
20 phlébite, et puis un des caillots était parti de la  
jambe, était allé se loger au niveau du... au niveau du  
poumon, ce qu'on appelle une embolie pulmonaire; et une  
embolie pulmonaire, ça peut être excessivement  
dangereux; une embolie pulmonaire non traitée, c'est un  
25 taux de mortalité d'environ vingt pour cent (20%). Donc,

ce sont des conditions qui sont sérieuses. Et pourtant, on pourrait avoir l'impression que c'est quelque chose qui est connue de la population, que l'on doit pas associer anticonceptionnel et tabagisme; et pourtant, voyez-vous, ce sont des situations qu'on continue à voir dans notre pratique.

Q- A la page vingt (20) et à la page trente et un (31) de votre rapport, vous parlez que... au début de la page vingt (20), vous référez à la nicotine, et vous mentionnez:

"Et on vous dira que la nicotine ne crée pas d'esclavage."

Et à la page trente et un (31), vous parlez de tabac et dépendance. Pourriez-vous expliquer à la Cour qu'est-ce que vous entendez par "dépendance ou esclavage".

Me PINSONNEAULT:

Alors, Votre Seigneurie, là je formule, je reformule une objection compte tenu du témoignage du témoin tout à l'heure, quant à ses connaissances ou ses niveaux d'expertise dans le domaine de la dépendance.

Me BODAN:

Votre Seigneurie, aussi pour Impérial Tobacco, on endosse ce que mon collègue a dit.

LA COUR:

Alors, sous réserve.

Me JOYAL:

Vous pouvez répondre.

R- Je peux répondre, Monsieur le Juge?

LA COUR:

5 Ça veut dire sous réserve de leur objection.

R- Je ne me lancerai pas dans un débat, là, de sémantique,  
à savoir est-ce que c'est de l'addiction, de la  
dépendance ou de l'esclavage. La seule chose que je  
peux dire, et ça c'est encore là de l'expérience  
10 régulière, pour ne pas dire quotidienne. Qu'il y ait des  
gens qui se fient à nous en ce qui concerne leur  
diagnostic, qui se fient à nous quant aux traitements  
qu'on a à leur offrir; et que dans ces modalités  
thérapeutiques qu'on leur offre, on leur demande  
15 d'arrêter de fumer; et ces gens-là, vont prendre les  
médicaments qu'on leur prescrit, même si ces  
médicaments-là ont parfois des effets secondaires  
indésirables, ils vont les prendre religieusement. Mais  
par contre, quand il s'agit d'écouter notre  
20 recommandation d'arrêter de fumer, ils ne le font pas et  
ils nous disent qu'ils ne sont pas capables de le faire,  
et qu'ils ont essayé et qu'ils se sentent incapables de  
le faire; et ces gens-là ont les meilleures raisons du  
monde d'arrêter de fumer, parce qu'ils savent que c'est  
25 la cause de leurs visites répétées à la salle d'urgence,

c'est la cause de leurs hospitalisations à répétition,  
c'est même parfois la cause pour eux de se priver de  
certaines modalités thérapeutiques, qui seraient très  
importantes, par exemple comme de l'oxygène à la maison;  
5 mais ces gens-là sont tout simplement incapables et ils  
nous disent qu'ils sont absolument incapables d'arrêter  
de fumer, même s'ils savent que ceci est dommageable à  
leur santé, et... alors, que vous appeliez ça comme vous  
voudrez, là, je ne me lancerai pas dans un débat sur la  
10 terminologie, mais il y a des gens pour lesquels c'est  
impérieux d'arrêter de fumer, ils doivent arrêter de  
fumer, ils savent qu'ils doivent arrêter de fumer, ils  
ne le font pas; puis ils ne le font pas, pas par  
mauvaise volonté, mais ils ne le font pas parce qu'ils  
15 sont incapables de le faire; ils ont essayé à de  
multiples reprises, ils nous disent qu'ils ne sont pas  
capables de le faire.

LA COUR :

20 Ce ne sont pas tous quand même tous les gens; il y en a  
qui arrêtent, quand même.

R- Ah oui, Monsieur le Juge, ah oui, bien sûr. Bien sûr.

Me JOYAL :

Q- A la page vingt-cinq (25) de votre rapport, le troisième  
paragraphe, l'avant-dernière ligne, vous parlez des  
25 "maladies des petites voies aériennes", pourriez-vous

R- Je pourrais renchéris à ce que je disais tantôt. C'est sûr qu'il y a un certain nombre de gens qui sont capables de le faire, mais on en voit un nombre important d'irréductibles, de gens qui ne sont pas capables; et chaque cas est pris à son espèce, et pour cet individu-là c'est dramatique.

AUDIOTRANSSCRIPT, Division de Pierre Vilain & Associés Ltée

Et on pourrait discuter sur l'utilisation de l'entité "maladie des petites voies aériennes" que l'on utilisait assez généreusement autrefois. Il y a certains pneumologues qui vont vous dire que c'est un terme que l'on devrait abandonner parce que ce n'est pas une entité en soi, en fait ce sont les premières manifestations de la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Mais encore là, je pense qu'il s'agit là de sémantique, là; que ce soit une entité en soi ou que ce soit une anomalie qui s'insère dans un continuum, je pense que ça a relativement peu d'importance.

Une affaire est certaine, c'est que c'est pas normal.

Q- Aux pages cinq (5), six (6) et vingt (20) de votre rapport, vous avez utilisé une expression que vous nous avez expliquée lorsque vous avez exposé la formation académique, il s'agit de l'expression "lutte antitabagique". Pour les fins de votre témoignage, pourriez-vous expliquer à la Cour ce que vous avez voulu entendre par "lutte antitabagique" aux pages cinq (5), six (6) et vingt (20) ?

R- Bien, par "lutte antitabagique", comme je vous ai mentionné tantôt, nous n'en avons rien contre les fumeurs, nous en avons contre le produit, qui rend les



gens malades; et ce que l'on veut dire par "lutte  
antitabagique", c'est des efforts d'éducation auprès des  
gens pour encourager principalement ceux qui sont  
malades à cesser de fumer; et comme nous avons la  
conviction que l'utilisation du tabac cause beaucoup de  
problèmes de santé: essayer de convaincre les gens de ne  
pas commencer à fumer. Et c'est essentiellement ce que  
l'on veut faire quand on parle de "lutte antitabagique",  
ce sont essentiellement, sur le plan individuel, du  
"counselling", là, des conseils qui sont donnés  
privément dans le bureau, ou dans la chambre du patient;  
mais c'est également des conseils que l'on peut donner  
de façon plus générale lorsqu'on s'adresse à des gens.

Q- Alors, Votre Seigneurie, j'ai pas l'intention de revenir  
sur tout le rapport du docteur Ostiguy; j'aimerais que  
le rapport du docteur Ostiguy soit déposé au dossier  
comme équivalent à son témoignage, et je vous  
demanderais de le produire comme pièce AG...

LE GREFFIER :

161.

Me JOYAL :

161 ?

LE GREFFIER :

Oui.

LA COUR :

AG-161, sous réserve des objections formulées tout à l'heure.

Me THIBAudeau :

5        Votre Seigneurie, avec votre permission, peut-être pour... pas pour reprendre le débat sur le rapport mais pour expliquer un peu au Tribunal lorsqu'il aura l'occasion de revoir le rapport quel est le sens de l'objection. Évidemment, maître Pinsonneault avait  
10        parlé de la question de partialité, c'est une question qui va sur le poids de la preuve. Mais essentiellement, ce que nous voulons dire sur le rapport proprement dit, c'est qu'on voit beaucoup d'anecdotes, on voit beaucoup les états d'âme du témoin, mais finalement, à peu près  
15        strictement rien qui relève comme telle d'une opinion qui soit pertinente à la cause dans le domaine qui relève de l'expertise de ce témoin-là, qui est la pneumologie.

C'est le sens de notre objection, en fin de compte.

20        LA COUR :

J'ai noté. Désirez-vous ajouter quelque chose quant à vous ? Comme ça, j'aurai les deux.

Me JOYAL :

25        Simplement... simplement pour vous dire ceci : Compte tenu de l'expérience du docteur Ostiguy, je pense que

son rapport est appuyé sur ce que mon confrère a appelé  
des anecdotes, mais je pense que c'est la pratique  
médicale depuis les vingt-sept (27) dernières années qui  
appuie le rapport du docteur Ostiguy. C'est tout, Votre  
5 Seigneurie.

LA COUR :

Alors, contre-interrogatoire.

Me PINSONNEAULT :

Bien, Votre Seigneurie, la position du docteur Ostiguy  
10 est claire, et quant à nous nous n'avons pas d'autres  
questions.

LA COUR :

Merci. Maître Pinsonneault n'en a pas. O.K., pas de  
questions.

15 Me BORDAN :

Pour Imperial, nous appuyons les mêmes objections...

LA COUR :

Et Bordan...

Me BORDAN :

20 ... au contenu du rapport, et nous n'avons pas de  
questions à ajouter.

LA COUR :

Même objection; pas de questions. Je verrais peut-être,  
moi, étant donné qu'il n'y a plus de questions,  
25 peut-être ces quelques petits détails à rajouter pour

compléter mon éducation personnelle, et je suis prêt à poser mes questions sous réserve de vos objections s'il en est.

Me PINSONNEAULT :

5 Est-ce qu'on a donné une cote, excusez-moi ?

LA COUR :

Oui, 161.

Me PINSONNEAULT :

Excusez-moi.

10 LA COUR :

Parce que vous avez parfaitement le droit de vous objecter aux questions du Tribunal, c'est votre droit le plus strict.

Q- Un petit détail; dans votre curriculum vitae, vous avez  
15 dit tout à l'heure -- pas dans votre curriculum vitae mais sur votre expertise -- que vous émettiez des opinions sur les maladies professionnelles pour la CSST. Enfin, vous agissez comme expert d'un comité. Et ces opinions-là sur les maladies professionnelles vont  
20 toucher au droit à l'indemnisation, je présume...

R- Oui.

Q- ... des victimes; au taux d'incapacité ou... c'est ça, d'incapacité de la victime; et ce que vous avez appelé tout à l'heure les conditions médicales associées.

25 R- Oui.

Q- Qu'est-ce que vous appelez par "conditions médicales associées" ?

R- Je vais vous donner un exemple : si vous voyez, par exemple, un individu qui souffre d'amiantose, et qui se plaint d'une dyspnée tellement incapacitante, par exemple, que il a de la difficulté à sortir de son domicile, alors que radiologiquement, et sur les tests de fonction respiratoire, c'est une amiantose un peu légère; c'est important de savoir et de dire également à la CSST que si cet individu-là a fait une crise cardiaque, un infarctus du myocarde, et qu'il est traité pour de l'insuffisance cardiaque, que dans les symptômes dont il se plaint, son problème cardiaque joue un rôle important pour aider à la compréhension de la CSST...

Q- O.K.

R- ... sur les symptômes dont se plaint cet individu; parce que aux symptômes de l'individu, il peut y avoir dans certains cas plus d'une cause.

Q- Maintenant, lorsque vous déterminez l'existence... j'ai parlé tout à l'heure du droit à l'indemnité, j'aurais dû parler de l'existence d'une maladie professionnelle. Si je comprends bien, ça fait partie de votre diagnostic lorsque vous examinez les malades. Vous déterminez lorsque vous décidez qu'un malade souffre d'une maladie professionnelle, que cette maladie professionnelle-là a

été causée par son occupation, si je comprends bien ?

C'est ça ?

R- Monsieur le Juge, je ne sais pas si je dois lire entre les lignes, je vais peut-être...

5 Q- Non, vous devez répondre à mes questions.

R- Vous êtes peut-être... il faut jamais sous-estimer ses ennemis, comme on disait, mais je ne vous considère pas comme un ennemi, là...

Q- Je ne suis l'ennemi de personne.

10 R- ... remarquez bien... Non, c'est parce qu'il y a eu... même si je suis médecin, je sais que sur le plan juridique, il y a des difficultés. C'est-à-dire, par exemple, que le contentieux de la CSST nous a déjà dit que la relation de cause à effet entre le travail d'un individu et sa maladie n'était pas de la compétence  
15 médicale, mais était la compétence d'un bureau de revision, composé de ce qu'on appelle des comités paritaires; et que c'était à eux d'interpréter la relation de cause à effet entre le travail d'un individu  
20 et son accident.

Ceci va bien quand c'est un traumatisme, un accident. Mais quand on pose le diagnostic d'amiantose -- et personne ne conteste notre compétence médicale à poser un diagnostic d'amiantose -- par le fait même,  
25 dans la définition d'amiantose, vous impliquez que c'est

une maladie, une fibrose pulmonaire causée par la fibre d'amiante.

Donc, en posant le diagnostic d'amiantose, on pose par le fait même la relation, on émet une opinion sur la relation de cause à effet.

C'est vrai pour un bon nombre de ce que l'on appelait autrefois... ce qu'on appelle "les pneumoconioses", c'est-à-dire les maladies pulmonaires professionnelles causées par des poussières inertes.

Il y a d'autres problèmes de santé qui se sont introduits avec les années dans le domaine occupationnel. Prenons par exemple le domaine de l'asthme. Alors l'asthme peut être une maladie causée par un agent au travail, mais peut-être également une condition qui est tout à fait personnelle.

Il y a près de huit (8) à dix pour cent (10%) de la population qui souffre d'asthme. C'est une maladie fréquente, l'asthme. Alors, que, par coïncidence, un individu développe de l'asthme alors qu'il travaille à la Banque de Montréal par exemple, ça ne veut pas dire nécessairement qu'il y a une relation de cause à effet.

Alors, on est parfois confronté à examiner des individus qui se présentent devant un comité de maladies pulmonaires professionnelles, pour savoir... ou croyant que leur asthme est en relation avec leur travail; et

c'est à nous à ce moment-là de poser le diagnostic, de confirmer le diagnostic d'asthme -- pas faire comme la semaine dernière: avoir un patient qui nous a été référé avec... pour savoir s'il faisait de l'asthme et on avait mal lu la demande, c'était "asthénie" à la place mais... alors, ça arrive, ça, des choses comme ça, mais...

Q- C'est pas tout à fait la même chose.

R- ... ça ne posait pas de problème. Mais... alors, il s'agit pour nous de savoir: est-ce que l'individu fait de l'asthme?, et s'il fait de l'asthme, est-ce que c'est un asthme personnel, est-ce que c'est un asthme causé par son travail ou est-ce que c'est un asthme personnel aggravé par son travail.

Q- Et je crois comprendre que vous en avez trouvé des maladies professionnelles dans votre pratique ?

R- Ah beaucoup. En fait, je dois vous dire que les statistiques de l'an dernier ont démontré que l'asthme professionnel venait en tête de liste maintenant des maladies pulmonaires professionnelles pour cette année-là. C'est très variable... c'est très variable d'une année à l'autre, ça dépend un peu des pressions sociales qui existent, ça.

Q- Moi j'aurais une question qui m'a chicoté tout à l'heure...

R- J'espère, Monsieur le Juge, que les tableaux qui



apparaissent dans mon rapport ne sont pas considérés  
comme étant anecdotiques.

Q- Votre rapport, c'est votre témoignage.

R- Oui.

5 Q- Alors, j'évaluerai la pertinence et la valeur de ça. On  
vous remercie, docteur Ostiguy.

R- Je vous remercie.

Me JOYAL :

10 Avec votre permission, Votre Seigneurie, le docteur  
Robitaille est arrivée de Québec cet après-midi; j'ai  
pas eu le temps de la rencontrer. Il est quatre heures  
et cinq (16h05), je vous demanderais s'il est possible  
d'ajourner à demain matin pour que le docteur Robitaille  
puisse témoigner.

15 J'ai pas eu le temps de la rencontrer...

0102/24 LA COUR :

Oui, oui.

Me JOYAL :

... auparavant.

20 LA COUR :

Ça va.

Q- Alors, on vous libère, docteur Ostiguy et docteur  
Robitaille, on va vous entendre demain matin à dix  
heures (10h00).

25 ET LE DÉPOSANT NE DIT RIEN DE PLUS.

I, the undersigned, DIANE LAMBERT, recording monitor, swear that I have personally conducted the recording of the preceding evidence and representations, verifying continually the quality of said recording, that I have prepared minutes of this hearing with due attention and that in no case was the equipment used defective.

AND I HAVE SIGNED :

*Diane Lambert*

DIANE LAMBERT

I, the undersigned, JANE WEAVER, proof reader, swear that the preceding pages are and contain the faithful and accurate transcription of the English recording.

AND I HAVE SIGNED :

*Jane Weaver*

JANE WEAVER